



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



## A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

## Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

## À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>









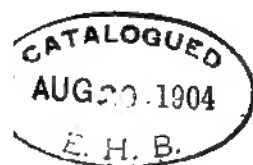


ÉCHO M









# L'ÉCHO MÉDICAL

ABONNEMENT

5 fr. par an.

8222

BOSTON MEDICAL  
DU NORD

LIBRARY

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté.

## COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique de clinique chirurgicale ; Keraval, directeur de l'As De Lapersonne, professeur Looten, médecin des hôpitaux, membre correspondant Moty, médecin principal, agrégé, chargé d'un mont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'

La Rédaction

DE L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD

avec ses meilleurs souhaits pour l'année 1899

**ABONNEMENTS.** — Nous prions instamment nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir, aussitôt que possible, le montant de leur abonnement pour 1899, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur COMBEMALE, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passé le 15 janvier, nous ferons reconvenir par la poste.

**MODIFICATIONS.** — Sur la demande de la plupart de nos lecteurs, le Comité de Rédaction de l'*Echo Médical du Nord* a résolu de modifier la composition habituelle du numéro.

A dater d'aujourd'hui le Bulletin de la semaine ne se trouve plus en tête du journal et est remplacé par un Bulletin-Memento des Sociétés savantes, contenant le titre des communications les plus saillantes faites durant la semaine devant les Académies et Sociétés médicales parisiennes. Il est accordé d'autre part une large place aux analyses de travaux français et étrangers intéressants. Enfin, les comptes-rendus des séances de la Société centrale de médecine du Nord recevront, paraissant chaque quinzaine, une plus grande extension et la discussion, autant que possible, sera reproduite à côté de la communication.

## TRAVAUX CLINIQUE

Clinique Médicale

Service de M. le Prof

## LEÇONS DE CLINIQUE

L'heure du

Leçon recueillie par M. Verha

MESSIEURS,

Je vous entretiendrai au de thérapeutique clinique, et complexe, malgré le rep tains médecins ne craign je vous entretiendrai du doivent être administrés l Vous serez en effet à peine que cette question se dre d'autant plus d'insistance vous visiterez sera plus él hasard une réponse quel vous sont nécessaires comr de vous les donner aujour

Pour prendre sur ce po plus justes, il n'est pas il 1<sup>o</sup> que les conventions soc la vie en commun, ont c quatre heures en différent table, au sommeil, au tra la maladie à traiter, ne sor

absorber des médicaments ; 2° de plus, nos organes eux-mêmes ont leurs exigences, et ne fonctionnent pas toujours avec la même activité ; il en découle,

active, une réceptivité dicamenteux, et aussi ation du médicament ; le sécrétion intermit-quée par l'ingestion un état morbide que le gastrite médicamen-s ont eux-mêmes une st pas toujours immé-cessaire parfois ; et let éloigné et un effet issocier ; ensuite leurs distance ne sont pas m qui nous occupe. dre un médicament ne , vous le voyez, Mes-ous le devez — de ces

lu médicament, vous tout de médicaments estion gagne à être tous les autres modes : de substances médi-ples vous montreront applique à toute voie

st susceptible en effet le rapport de l'heure à en effet, la piqure de utile dans nombre de ce absolue, si le malade ; vous ne la ferez pas hine non franchement itives ; et que cet effet r'on s'y arrête, si l'on urments inutiles ; cette loin que possible de

est fourni par les injec-ent employées chez les importe de ne pas faire moment de la journée, mple ; l'excitation que t la nuit et le sommeil is ou moins marqué.

Aussi, si on a le choix pour l'administration de la caféine, on fera de préférence cette injection le matin.

La majeure partie des questions qui vous seront posées relativement à l'heure du médicament auront trait au médicament ingéré ; cependant les médicaments introduits par voie rectale n'en ont pas moins leur heure. Ainsi, prenez l'exemple du malade atteint de fissure anale : le suppositoire destiné à calmer la douleur devra être introduit immédiatement après la défécation, et non à un autre moment de la journée. De même le constipé par accumulation des matières fécales dans l'ampoule rectale, à qui vous aurez prescrit des ovules rectaux, devra introduire son cône glycérimé le soir au coucher ou bon matin, afin de ramollir les matières par contact et imprégnation prolongée, et non au petit bonheur dans la journée.

La pénétration des médicaments dans l'économie par inhalation exige aussi de faire l'acte médicamen-teux à une certaine heure, sous peine d'échec ou d'intervention inutile. Les vrais asthmatiques savent bien qu'en intervenant dès le début de leur angoisse respiratoire par des inhalations d'éther, de pyridine, d'iodure d'éthyle, ils réduisent l'intensité de l'accès, que parfois l'action de fumer une cigarette de datura ou de faire brûler dans leur chambre du papier nitré au coucher leur assure une nuit tranquille. Vous ne devez pas, Messieurs, en savoir moins que vos malades ; or vous n'obtiendriez pas ces bons résultats si vous conseilliez ces pratiques dans le courant de la journée. Ce qui, dans le cas de l'asthme, doit être prescrit pour le jour, c'est le traitement général par l'iodure de potassium, dont j'aurai l'occasion de vous entretenir tout à l'heure.

De même, Messieurs, pour le gargarisme, les irrigations nasales, le lavage de l'estomac : toujours, il vous faut fixer l'heure à laquelle l'opération doit être faite. Les réflexes nauséux qui accompagnent le gargarisme ne sont pas toujours faciles à éviter ; aussi le moment qui suit l'ingestion d'aliments n'est pas à recommander, surtout chez les enfants, pour pratiquer lavage du nez, attouchements du pharynx, ou gargarismes. Quant aux lavages de l'estomac, les heures auxquelles il faut les pratiquer ont une telle importance diagnostique et thérapeutique que je me réserve de vous en parler à fond dans une prochaine leçon.

Les topiques, qui sont d'une si grande ressource dans les maladies cutanées : l'hydrothérapie, le massage,

ins, d'un usage si généralisé dans les névropathies, ne doivent pas davantage être appliqués à un quel moment de la journée.

Certains topiques, d'autre part, sont utilisables seulement la nuit, à appliquer sur le visage ou les mains découvertes, à raison d'une coquetterie très placée du reste. Le bain, en particulier le bain surtout, ou les pratiques hydrothérapiques admises, d'autre part, en pleine digestion, sont nuisibles. On ne saurait trop le dire : le résultat de cette attention à l'heure du médicament serait vraisemblablement une congestion cérébrale.

L'heure du médicament importe donc beaucoup, que soit la voie digestive, les voies rectale, pulmonaire, cutanée, hypodermique ou tout autre que l'on choisisse pour porter le médicament dans l'économie. L'importance n'est pas moins la même suivant les maladies auxquelles s'adresse le médicament.

Quant à l'heure du médicament, c'est, en effet, surtout du médicament ordonné, en tenant compte de ses raisons, d'ordre plutôt minime dans une maladie chronique. Mais n'est-il pas aussi important de savoir préférer telle ou telle heure pour donner, avec le maximum d'effet et avec certitude, le médicament nécessaire, dans un épisode aigu au cours de maladies chroniques. Voici le paludisme, maladie intermittente d'ordinaire, débutant et se manifestant à accès irréguliers par séries de paroxysmes. A quel moment le sulfate de quinine, destiné à « couper » les accès de fièvre intermittente ordinaire, doit-il être donné ? Ceci a une bien plus grande importance, vous le voyez. Deux notions d'observation pure vous sont utiles dans ce cas : d'abord, nous savons que le sulfate de quinine ne produit ses effets antipyrétiques que dans le cas de fièvre due à l'hématozoaire de LAVERAN, six heures environ après l'ingestion ; ensuite, on n'ignore pas que, quel que soit le type, l'accès de fièvre revient à heure fixe. Six heures donc.

À cette heure fatidique, la dose de sulfate de quinine prescrite aura dû être absorbée, pour éviter tout accès de l'accès lorsqu'il s'agit d'une fièvre paludéenne au type tierce ou au type quarte ; l'étude de l'heure de l'accès sera donc à faire, et même si ces accès sont imbriqués, chacun des accès y correspondant avec une régularité qui facilite l'emploi rationnel du médicament spécifique. Que si il y a péril imminent, l'ingestion cédera la place à l'injection hypodermique à hautes doses ; la période

de latence perd de sa continuité des tout autres à recourir dans la plus d'heure possible.

Voici un autre exemple : la bronchite, des accès surviennent tous les jours consécutifs, le matin, simulant de tout ce malheur, et par la forme pharmaceutique, mais la prise de médicament le soir ; il faut faire prendre par trait de belladone abolis ; notez l'exagération ne peut pas.

Il en est de même de la sciaticque. Ceux de la nuit ; lors des instants dans lesquels l'insupportable. du bleu de méthylène que l'action du médicament de le donner, car le médicament agit par action analgésique.

Pour fixer à l'heure du médicament à l'heure d'action du médicament, l'effet qu'on en tire du médicament successivement.

Mais pour établir pour votre malade ses habitudes ; vous corriger chez lui de démontrer le médicament qu'il est capable de réaliser au mieux.

a) *Rapidité* : notion vulgaire, pas avec la méthode.

utiles. C'est ainsi que les l'action très variable. Les heures après l'absorption, s purgatifs salins ; ils ssés, sans profit du reste tomique qui engendre la ux avant de partir à leur set les sédentaires. D'aumel, l'aloès, la rhubarbe, , de six ou huit heures ivent-ils être pris le soir s, les purgatifs doux tels ls contenant du sucre, etc., inze heures après l'ingeslérances dans la rapidité ont à prendre pour leur effet prévu.

es : ils agissent pour la ine commence à agir un ion, tandis que le sulfate action beaucoup moindre endant plusieurs heures, e but cherché, immédiat rmique, vous prescrirez ite de quinine, et l'heure lée suivant le cas. Suppo-ux au premier degré dont e champ la fièvre immi-nnerez un cachet d'anti-minutes avant l'accès de soir, par exemple.

idité de l'action est aussi phine, la codéine, qui en heure atteindront le but a préparation employée. tendre leur effet pendant guère qu'au bout de trois a, même à doses massives e parmi les hypnotiques, ix grammes, sidère pour t dormir immédiatement, ne heure avant de calmer

et je n'entreprendrai pas apidité d'action du médi-ce qui en découle, à savoir oit être ingéré, tire son é d'arriver à temps pour,

suivant le cas, empêcher la douleur, la fièvre, l'em-barras intestinal, etc.

b) *Durée d'action.* — Suivant qu'un médicament a une action durable ou passagère, en d'autres termes qu'il s'attarde dans l'économie ou est éliminé rapidement, il faudra ne donner qu'une seule prise dans la journée ou la répéter plusieurs fois ; dans ce dernier cas intervient la question des heures pour l'ingestion. Parmi les exemples de médicaments à durée d'action très différente, bien que produisant le même effet, il en est qui sont très vulgaires.

Voici par exemple une malade qui a une hémorragie utérine, qu'il est indiqué d'arrêter. On a recours dans ce cas à l'ergoline ou à l'ergot de seigle qui a une action immédiate ; quelques moments après l'ingestion l'hémorragie s'arrête ; mais l'action vaso-constrictrice de l'ergot est vite épuisée, et au bout d'une demi-heure, d'une heure de temps, il faudrait recommencer. Mais si vous donnez, en même temps que l'ergot, de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis, l'action de l'hydrastis tarde, il est vrai, à se produire, mais, une fois produite, cette action dure longtemps, et répétée plusieurs jours entretient la vaso-constriction qui empêche l'épistaxis utérine de continuer. L'ergot est le médicament d'urgence, l'hydrastis le médicament de tout repos. La prise de l'un doit être immédiate, répétée au besoin, sans se laisser arrêter par le moment où l'on intervient ; l'heure du second est celle que l'on préférera dans la journée.

L'iodure de potassium nous fournit un exemple non moins frappant. C'est un vaso-dilatateur aux doses thérapeutiques ordinaires, qui a une durée d'action assez limitée, pour douze à quinze heures seulement. Afin d'éviter l'accumulation et aussi pour avoir un effet continu, la prise doit en être renouvelée tous les jours. Mais besoin est-il d'avoir une vaso-dilatation momentanée pour parer à la syncope de l'angor pectoris par exemple, l'iodure n'est plus de mise ; l'inhalation de nitrite d'amyle, par sa vaso-dilatation périphérique instantanée, atteint au contraire le but ; par contre sa durée est courte. Le moment pour le nitrite d'amyle on le sent, est toujours venu, en cas d'urgence ; pour l'iodure, il y a un choix nécessaire.

c) *Effet à obtenir.* — La plupart des médicaments, Messieurs, suivant la dose ingérée, donnent lieu à des effets différents ; vous connaissez cette loi de pharmacologie générale. Il en résulte que pour obtenir tel effet plutôt que tel autre, tel ou tel médicament devra



bré à telle heure ou à telle autre. Voici quelques-uns à l'appui. L'ipéca, en tant que peut être donné à toute heure, son action n'aura toujours ; mais si vous l'employez anti-hémoptotique, je vous ai appris qu'il conviendrait de le donner à faibles doses, par paquets de dix grammes, toutes les vingt à trente minutes, afin d'enlever l'état nauséux qui précède le vomissement qui est si utile pour diminuer la tension pulmonaire. Le tartre stibié participe de ces analogues. Comme vomitif donnez cinq grammes de tartre stibié en une fois et à un quelconque ; comme purgatif, faites dissoudre le même dix centigrammes dans un litre d'eau ; prenant par petites verrées toutes les demi-heures un effet purgatif. De même encore, Messieurs, le bicarbonate de soude ; sa posologie est tout à fait la même suivant l'effet cherché. Pris dix minutes avant le repas, l'action est celle d'un véritable apéritif ; prise au repas ou à la fin de la digestion, c'est un moyen d'enlever les acides en excès dans la sécrétion stomacale. L'effet à obtenir modifie donc dans la prescription l'heure à laquelle le médicament doit être pris.

*Action locale sur l'estomac.* — Nombre de substances peuvent être données sans aucun inconvénient avant ou après le repas. Quelques-unes cependant des moins employées, ont une action locale et bien étudiée sur le suc gastrique et la sécrétion stomacale, et, pour éviter cette action locale, on profite, le moment de leur administration en conséquence. Pour déterminer le moment de l'action locale à la prise de ces médicaments, il faut tenir compte de plusieurs choses :  $\alpha$ ) de l'action du médicament sur l'estomac ;  $\beta$ ) de l'action des aliments digestifs sur le médicament ;  $\gamma$ ) de l'action du médicament sur la digestion stomacale. L'action locale se manifeste tantôt par de la douleur, il s'agit alors d'une irritation localisée, — tantôt par une activité physiologique plus grande, sécrétion gastrique plus abondante, un temps de passage pour l'estomac à se débarrasser de son contenu, il s'agit alors simplement d'excitation. L'une ou l'autre forme d'action locale peuvent être à craindre, la douleur doit toujours être évitée. Aussi, une conduite intervient-elle ici, que vous aurez présente à l'esprit pour les médicaments : aussi bien que pour ceux qui vous sont

connus : « Les médicaments doivent être dilués afin de ne pas enlever cette action, qui est la seule excitation que ces médicaments peuvent avoir sans inconvénient. Ils devront toujours être pris au repas, afin de ne pas enlever l'excitation générale. »

Il faut bien savoir que sous laquelle le médicament est employé, peut influencer le choix de l'heure de l'administration employée en raison de certains malades ayant une action locale qu'elle entraîne quand elle doit être évitée. Les médicaments inemployables au moment du repas au grand dam des malades car sous l'afflux du suc gastrique la pilule se désagrège, la résine insoluble, qui ne peut agir, perd son action. En est de même, Messieurs, à mon avis, d'une façon générale, pas que pour le médicament mais pour la gorgée d'eau seule. La pilule protectrice du médicament est vite dissoute dans le suc gastrique que je vous ai décrit. Une poudre insoluble dans le suc gastrique, limitée de la muqueuse, agit à très peu de liquidité cachet avec un verre d'eau et la douleur, fâcheuse, est contre-indiquée, comme le naphtol, la quinine, sera une simple excitation souvent, rarement.

Il n'y a pas que le médicament qui voquent de la gastrite, les médicaments concentrés, le bromure de potassium, le bromure de sodium, mélangé à la bière, à l'intervalle des repas sans action locale ni générale pris avec de l'eau, sortis d

les cafés, qu'on va-  
ction de l'alcool sur  
celle du quinquina,  
tisants dont on les  
ovoque-t-elle facile-  
mac perverti prend  
atisfait du reste. En  
ns alcooliques, c'est  
aire, laquelle provo-  
mais qui ne se con-  
entaires moindres ;  
mac ne sécrète-t-il  
ue nécessaire à la  
que de prendre un  
de ce médicament,  
nt, pourrait-on dire.

L'heure de la prise  
t, besoin serait aussi  
igestifs sur le médi-  
bien avoir le cou-  
peu connues encore ;  
ion sort à peine des  
formation de corps  
ence des sucs diges-  
heur. Je serai donc  
aits sans précision,  
onnaissance, négli-  
tion de l'heure du

npte, Messieurs, de  
ligestion stomacale  
quand vous ordon-  
uns en effet l'inter-  
ins au contraire la

'eau chloroformée,  
empêchel'évolution  
estion stomacale; le  
de ce nombre, bien  
les troubles divers  
ls n'en arrêtent pas  
tégorie se rencon-  
e la créosote, l'iode,  
néralisé. Tous doi-  
epas, dilués ou en  
érence une heure  
n'y a pas à craindre  
ublée de leur fait.

Toute une catégorie de médicaments quotidienne-  
ment prescrits ont une action moins brutale sur la  
digestion, tels l'iodure, le bromure de potassium, les  
sels de fer, de cuivre, de mercure ; ils ne font que  
retarder la digestion normale, ce qui est néanmoins  
d'une importance capitale. FÉRÉ a montré depuis  
quelque temps que les bromures amènent une dys-  
pepsie notable et provoquent par auto-intoxication  
des éruptions acnéiques, si des précautions ne  
sont pas prises. Mais déjà avant lui, l'haleine fétide  
du malade qui la prend en faible dilution aux repas  
avait été remarquée. Aussi dans tous les asiles où  
l'on est au courant de ces faits, est-ce très dilué, et  
le matin à jeun, ou bien trois ou quatre heures  
après le repas du soir qu'on donne la ration de  
bromure. On doit agir de même pour les iodures ;  
c'est fortement dilués et à jeun qu'il convient de les  
prendre, en raison de leur action locale sur l'estomac  
et aussi de l'action d'arrêt qu'exerce l'iode sur les  
amylacés contenus dans les aliments, dont la diges-  
tion se trouve de ce fait enrayée. Il y a cependant une  
exception à cette règle. Quand on se trouve en pré-  
sence d'un malade présentant facilement de l'iodisme,  
essayez de donner l'iodure au milieu du repas. Dans  
tous les autres cas, c'est à jeun, et de préférence dans  
le lait, dans la bière, disent les syphiligraphes, que  
l'ingestion de l'iodure doit être faite.

Parmi les sels métalliques, laissons les sels de fer,  
cause de tant de dyspepsies chlorotiques, à raison des  
orgies de fer qui se commettent chaque jour, je vous  
en reparlerai bientôt ; laissons les sels de cuivre,  
maintenant peu usités ; mais occupons-nous des mer-  
curiaux. Voilà certes une question pratique. Les dias-  
tases diverses qui ont une action si importante pour  
la digestion sont brutalement annihilées par les sels  
de mercure solubles, et la dyspepsie gastrique sur-  
vient vite, le fait est d'observation vulgaire, chez  
celui qui prend le sirop de GUERAT à ses repas. Aussi,  
est-ce à jeun que ce médicament si utile doit être  
donné, et toujours dilué. Vous pouvez cependant  
donner le mercure au moment du repas, alors adres-  
sez-vous à la forme pilulaire qui se mélange moins  
intimement à la masse. En passant, je relèverai une  
erreur communément répandue. On a prétendu que  
le calomel pris en même temps que des aliments  
salés se transformait en sublimé. Il n'en est rien,  
et PATEIN l'a définitivement démontré ; il n'y a aucune  
crainte à donner, malgré la coutume, du calomel au



agit encore à  
e ces mêmes  
se reproduit  
haleur et fris-  
gauche avec  
anurie. Tout  
a constaté à  
urine, et le  
oint douteux.  
se a persisté,  
ru à gauche,  
bout d'une  
c et on retira  
urine.

hrose. Or, à  
mêmes faits  
de la crête  
la voussure  
La palpation  
tente, mobi-  
absolument  
ule pouvait  
rait par les  
urinaire ne  
7 octobre, la  
é, les extré-  
sur la ligne  
iaque et du  
d'un liquide  
en outre, de  
normale se  
mobile et il

randes con-  
la mobilité  
première,  
moins dura-  
l'hydroné-  
re en raison  
ponction a  
ne brusque  
oudure soit  
ques.

critique dans  
urine accu-  
n, analogue  
n complète  
le cette idée

puisque tout le liquide avait été retiré par ponction.

Si la guérison n'était pas durable, si dans quelques semaines l'hydronéphrose reparaissait, il faudrait intervenir chirurgicalement, faire une néphrorrhaphie, une néphrotomie ou une néphrectomie. La première opération serait la plus logique, parce que le rein malade est encore susceptible d'un bon fonctionnement, comme l'ont prouvé le rétablissement de la diurèse et l'intégrité qualitative de l'urine.

INGELTRANS.

\*\*\*

**Un cas de morve aiguë chez une enfant de trois ans**, par M. VANDEVELDE. — *Annales de la Société médico-chirurgicale d'Anvers*, sept.-oct. 1898).

S. D..., âgée de trois ans, demeurant à Berckem, est la plus jeune d'une famille de trois enfants. Depuis un mois, elle est difficile et ne joue plus ; l'appétit est nul, l'amaigrissement considérable. Les lèvres, les gencives et les conjonctives sont exsangues, la face bouffie. La base du nez est élargie, l'enfant respire par la bouche. Pendant les quinze jours qui suivirent, la température du soir varia entre 38° et 39° ; le pouls s'affaiblit, des vomissements apparurent. On crut d'abord à une anémie pernicieuse progressive, mais l'examen du sang ne put être fait, car la mère emmena l'enfant à la campagne pendant cinq semaines. A son retour, son état était lamentable ; les yeux injectés sont saillants hors des orbites ; sur le front existe une tumeur dure, les joues sont le siège d'un œdème douloureux ; les veines de la face forment sur la peau des cordons d'un bleu noirâtre. Du nez s'écoule un liquide sanieux et infect ; la muqueuse nasale est couverte d'ulcérations. Les gencives sont sanguinolentes et semées de plaques gangréneuses. La sinusite généralisée et purulente fit songer à la morve.

Le pus contenait de courts bâtonnets, arrondis à leurs extrémités, mobiles, se décolorant par le Gram. Le sang renfermait le *bacillus salivarius septicus*.

L'enfant mourut le 13 juillet. On injecta dans le péritoine d'un cobaye du liquide obtenu par ponction de la tumeur frontale : les testicules gonflèrent et les ganglions de l'aîne s'engorgèrent ; de plus, la malléine amena chez l'animal une réaction notable. L'auteur croit pouvoir affirmer le diagnostic de morve.

La famille de l'enfant habitait dans le voisinage immédiat d'écuries, et depuis le mois de mai un grand nombre de cas de morve ont été observés sur les

aux à Anvers. La contagion doit sans doute être chée de ce côté. On n'a pas utilisé la malleine la petite malade qui a fait l'objet de cette commu- tion, faute d'avoir pu s'en procurer à temps.

INGELRANS.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie des Sciences.** — GRIMBERT. Action bacterium coli et du bacille d'EBERTH sur les ates.

- PHISALIX. Les sucres de champignons vaccinent re le venin des vipères.

**Académie de Médecine.** — COURTOIS-SUFFIT. l'emploi du sesquisulfure de phosphore dans la ication des allumettes.

- CHIPAULT. La chirurgie du sympathique et ses rses applications, plus particulièrement au trai- ent de l'épilepsie, de certaines maladies mentales u glaucome.

**Société de Chirurgie.** — Discussion quelque aiguë sur les abcès cérébelleux entre MM. PICQUÉ ROCA.

**Société d'Obstétrique de Paris.** — FOURNIER. d'adaptation utéro-fœto-placentaire.

- DEMELIN ET LEROY. Septicémie suraiguë due à actéridie charbonneuse.

- BRINDEAU. De la glycogénèse placentaire.

**Société Médico-Chirurgicale.** — Discussion le traitement des lithiases par les courants de te fréquence.

**Société de biologie.** — SERGENT ET BERNARD. biologie des capsules surrénales.

- CHARRIN ET LEVADITI. Influence du terrain dans lection pyocyannique.

## VARIÉTÉS

### Pénurie des médecins militaires anglais

Vous avons signalé, à différentes reprises, la pénurie des ecins militaires en Angleterre, due au mécontentement officiers du corps de santé, qui se traduit par des retraites cipées et le manque de candidats. Voici de nouvelles ives de cette grave situation, empruntées au *Progress itaire* :

Les médecins militaires à Alderhost sont si peu nom-

breux que les soldats gnés. »

« Le War office inexpérimentés, qu'il rait rappeler au servi qui feraient la besog une économie de 120 l

Ainsi vous  
De par la  
J'ai vu cela  
Ma chère b  
J'aimais bie  
Le temps o  
L'ange, l'id  
A qui l'on  
A qui l'on  
En en roug  
Car avant  
La femme  
Sa main, c'  
Ou notre n  
En sa roya  
Sa force, c'  
Quand les  
Tout macul  
Vous laissez  
Carressera-t-  
J'ai peur q  
Et qu'on o  
Les mots s  
Refroidiront  
Et puis voi  
Que d'ordin  
Pauvre pud  
De quoi pe  
Chiffon, bij  
Valent du  
O saison d  
Comment t  
Voyons, pa  
De diplôme  
Nous qui v  
Nous aimon

— Eh bien, cor médecin à une brave

— Oh! monsieu, la bouteille me râcle

— Parfait, répo suspendez jusqu'à n

Trois jours après est frappé du specta

— Qu'est-ce ? di

— Mais c'est voi fallait la suspendre

que c'était pour la b Jugez de ma tête



## NOUVELLES &amp; INFORMATIONS

## NÉCROLOGIE

Le 25 décembre 1898, est mort, à l'âge de 62 ans, des suites d'une grippe infectieuse qui l'a emporté en quelques jours, notre collègue H. LOTAR, professeur de pharmacie à la Faculté de médecine; ses obsèques ont eu lieu le 29 courant.

Pharmacien supérieur, il était à la tête d'une officine très prospère et réputée, quand en 1876, lors de la création de la Faculté, il fut chargé du cours de pharmacie; titularisé cinq ans après, LOTAR a présidé durant 17 ans à la formation des nombreux pharmaciens qui sont venus chercher sur les bancs et dans les laboratoires de la Faculté l'enseignement technique et pratique si important pour eux. S'il était estimé, aimé même par ses élèves, on l'a vu à ses obsèques; leur foule recueillie attestait cette affection pour sa personne, comme dans d'autres circonstances se sont manifestées avec éclat ces sympathies qui accompagnaient son nom, fait de droiture et d'honnêteté. L'inspection des pharmacies qu'il faisait avec tant d'autorité, et aussi tant de tact, lui avait valu également l'estime reconnaissante de tous les pharmaciens du département.

Pharmacien en chef des hospices et des bureaux de bienfaisance de Lille, membre du conseil d'hygiène depuis de longues années, ces deux fonctions disent assez en quelle haute appréciation on tenait son savoir et sa compétence. La Faculté l'avait à plusieurs reprises nommé son représentant dans le Conseil académique; son jugement droit et sans passion le désignaient pour ces fonctions, pénibles naguère, encore aujourd'hui difficiles.

Le professeur LOTAR avait appartenu, comme trésorier et membre actif, pendant 30 ans, de 1865 à 1895, à la Société centrale de médecine du Nord, qui l'avait, sur ses vives instances, nommé membre honoraire. La Société des pharmaciens du département du Nord le comptait aussi au nombre de ses anciens présidents et l'avait récemment nommé président honoraire.

Tous ces titres, toutes ces fonctions, toute la notoriété qui accompagnait sa personnalité ont donné aux obsèques du professeur LOTAR un caractère de chaude et sincère expression de sympathie, que nous sommes heureux de signaler et que l'absence de discours sur sa tombe, d'après la dernière volonté du défunt, a encore accentuée. Ces condoléances si publiquement manifestées adoucissent la douleur de la famille du regretté LOTAR, qui comptait un médecin, le docteur BERTAUX, parmi ses neveux. Nous la prions d'agréer l'expression de douloureuse sympathie de la Rédaction de l'*Echo médical du Nord*.

M. le professeur agrégé AUSSER a été récemment nommé membre de la Société médicale des hôpitaux. Toutes nos félicitations à notre confrère.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

Dimanche 18 décembre, a eu lieu, à 11 heures du matin, dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Saint-Sauveur, la première réunion de l'Association amicale des anciens internes et externes en médecine des hôpitaux de Lille. De nombreux adhérents, appartenant aux diverses promotions de l'internat, assistaient à cette réunion où le comité provisoire (1) a rendu compte de son mandat. Ce comité provisoire avait été élu l'année dernière à la suite d'une réunion provoquée par les docteurs DEFAUX, GALLOIS, GÉRARD et PAINBLAN. Son premier soin a été d'établir la liste des anciens internes en médecine des hôpitaux de Lille, besogne qui a été assez difficile, étant donné la difficulté des recherches.

Le comité provisoire a aussi élaboré des statuts dont la plupart des articles ont été votés sans discussion par l'Assemblée et pourront être soumis prochainement à l'approbation préfectorale. La Société sera administrée par un bureau de six membres nommés pour deux ans, et non rééligibles immédiatement, et dont deux au moins devront être des anciens internes, domiciliés hors de Lille.

Ont été nommés pour cette année :

MM. SURMONT (Lille), président; BRULANT (Vendin-le-Vieil) et CARON (Saint-Maurice-Lille), vice-présidents; PAINBLAN (Saint-Maurice-Lille), secrétaire-général; COLAS (Lille), trésorier; BOULOGNE (Valenciennes) et PAQUET (en exercice), secrétaire-adjoint.

L'Association se propose entre autres buts, d'instituer chaque année, entre les internes de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années, deux concours pour des prix, l'un de médecine, l'autre de chirurgie. Ces prix, dont la valeur sera dès cette année de 100 fr. en espèces, seront attribués après des épreuves qui auront lieu tous les ans en juillet et qui comporteront :

- 1<sup>o</sup> Un mémoire inédit (40 points);
- 2<sup>o</sup> Une épreuve clinique (40 points);
- 3<sup>o</sup> Une épreuve écrite (20 points).

En dehors de cet encouragement apporté à ses jeunes camarades, l'Association a pour but de prêter aux internes et anciens internes son appui, moral dès maintenant, son appui pécuniaire dès que ses ressources le lui permettront.

A l'issue de l'Assemblée générale un banquet joyeux a réuni au restaurant Divoir de nombreux internes et anciens internes, heureux de se retrouver. Les souvenirs de salle de garde ont été évoqués en foule, et l'on s'est quitté en se promettant de revenir plus nombreux encore l'an prochain.

(1) Le Comité provisoire se composait de MM. les docteurs SURMONT, président; CARON et GALLOIS, vice-présidents; PAINBLAN, secrétaire-général; QUINT, trésorier; PAQUET, interne en exercice, secrétaire-adjoint; BOULOGNE, BRULANT, COLAS, DEFAUX, GÉRARD, CAUMARTIN, interne en exercice.

NOMINATIONS

Nous apprenons avec le plus vif plaisir que, par décision préfectorale, M. le professeur WERTHEIMER est nommé médecin de la prison, en remplacement de M. le professeur MONIEZ, démissionnaire.

— Par arrêté préfectoral, en date du 15 décembre dernier, M. le docteur AUSSET est nommé médecin-inspecteur des enfants du premier âge, pour la 9<sup>e</sup> circonscription de la ville de Lille. Nos compliments à notre collègue.

— Dans la liste des externes des hôpitaux de Paris, nous relevons avec satisfaction parmi ceux qui ont été reçus au dernier concours, le nom de M. BRAILLON. Reçu avec le numéro 2 sur 440, M. BRAILLON, fait le plus grand grand honneur à la Faculté de Lille où il a commencé ses études médicales.

— Dans le corps de santé militaire nous relevons les promotions et mutations suivantes, intéressant notre région :

M. ISAMBERT, médecin-chef de l'hôpital de Dunkerque, ancien médecin-major du 43<sup>e</sup> de ligne, est promu au grade de médecin-principal de 2<sup>e</sup> classe et nommé à l'hôpital d'Oran. M. SCHMITT, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe au 25<sup>e</sup> régiment d'artillerie, à Châlons-sur-Marne, est nommé médecin chef à l'hôpital militaire de Dunkerque. M. MAMIN, est promu médecin-major de 1<sup>re</sup> classe, au 91<sup>e</sup> d'infanterie, à Mézières. M. LEJEUNE, est promu médecin-major de 1<sup>re</sup> classe, au 147<sup>e</sup> d'infanterie, à Rocroy-Givet. M. STEINMETZ, médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe au 15<sup>e</sup> régiment d'artillerie, à Douai, est promu au grade de médecin-major de 2<sup>e</sup> classe et maintenu à son poste actuel. M. AUNE est promu médecin-major de 2<sup>e</sup> classe, au 87<sup>e</sup> d'infanterie, à Saint-Quentin. M. COCHE, médecin aide-major de 2<sup>e</sup> classe à l'hôpital militaire de Lille, est désigné pour le 136<sup>e</sup> régiment d'infanterie, à Saint-Lô (Manche).

— Par décret du 12 décembre 1898, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale du corps de santé militaire, les docteurs de la région dont les noms suivent :

Au grade de médecin aide-major de 2<sup>e</sup> classe de réserve. MM. DUPRÉ-LEFEVRE, de Gouzeaucourt (Nord); VERBEKE, de Wimereux (Pas-de-Calais); QUINET, à Iwuy (Nord); FICHAUX, à Tourcoing (Nord); BRET, à Leforest (Pas-de-Calais); VANHEEGER, à Essonnes (Seine-et-Oise).

— Sur la proposition du Conseil de la Faculté de médecine, le Conseil de l'Université, dans sa séance du 30 novembre 1898, a autorisé les cours libres qui suivent :

M. le docteur KÉRAVAL, directeur de l'asile public d'aliénés d'Armentières : Sur les maladies mentales.

M. le docteur VANVERTS : Sur la chirurgie de l'estomac et l'intestin.

Le Syndicat des médecins de Lille et de la région a tenu le 30 décembre sa réunion plénière dans son local habituel. L'affluence était considérable. Près de cinquante membres étaient présents.

Le renouvellement des élections. Ont Vice-présidents : AUSSET; Trésorier le docteur GALLOI

La question d'agitée et une composition. La date samedi 14 janvier

— Ecole d'Ami 1898-1899 est acc de santé, à M. le c

HOPITAUX

Bordeaux. — M nommé chirurgie

Paris. — Le co miné par les nom

Chirurgie : M. médaille d'argen MM. NOBÉCOURT e accessit.

— Marseille. — MM. PIERI, RIN, F

UNIV

M. le docteur I Dupuytren.

— Sont nomm Faculté : M. WUB bactériologie.

A l'Académie vice-président ; M est maintenu dan

Journaux.

Archives de physi cesser leur publ pathologie général professeurs BOUC MONT, E. GLEY e paraître tous les

— Le Journal Gazette médicale Journal des commacologie, parven cette même date

— Les Archives Archives provincia pour le 1<sup>er</sup> janvi originaux de lan illustrations, elle pages ; le rédact

succès de cette

France  
ent d'être nom-

national de la

AFOY (de Paris).  
(de Paris).TOT, DE FLEURY,  
Paris); GYROUT,  
ARD (de Vichy);  
(de Bayonne);  
yrénées.

ecteurs la mort  
illac (Gironde);  
de Douvres la-  
Cher); CLAISSE,  
Charente); BER-  
STEIN, de Paris;  
NNAN, de Mar-  
n de 1<sup>re</sup> classe  
des eaux de  
Sarthe); GAN-  
); GAUDEFFROY,

## IE

ne. — Remèdes  
par le docteur  
— Chez J.-B.  
s du boulevard

parcels spéciaux,  
t trouver autour  
i rendre les plus

si de ces petits  
mais ils sont d'un  
vir; TROUSSEAU  
e suivi.

is praticiens en  
le traitement les  
au moyen des  
médecins trou-  
ques applicables,  
que courante, en  
trouvent à leur

it en œuvre les  
evra se procurer  
ont il ne saurait  
urde.

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

51<sup>e</sup> SEMAINE DU 18 AU 24 DÉCEMBRE 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		10	10
3 mois à un an . . . . .		12	3
1 an à 2 ans . . . . .		4	3
2 à 5 ans . . . . .		2	1
5 à 10 ans . . . . .		1	1
10 à 20 ans . . . . .		1	3
20 à 40 ans . . . . .		11	6
40 à 60 ans . . . . .		10	5
60 à 80 ans . . . . .		16	11
80 ans et au-dessus . . . . .		1	4
Total . . . . .		69	47

NAISSANCES par quartier		Masculin	Féminin
13	9	10	3
12	12	6	23
22	7	1	3
7			
10	3		
6			
23	1		
1	3		
108			

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS		Masculin	Féminin
TOTAL des DÉCÈS		9	13
Autres causes de décès		5	4
Homicide		1	1
Suicide		1	1
Accident		1	1
Autres tuberculeuses		1	1
Méningite tuberculeuse		1	1
Phtisie pulmonaire		1	1
Diarrhée et dysentrie		1	1
plus de 5 ans		1	1
de 2 à 5 ans		1	1
moins de 2 ans		1	1
Maladies organiques du cœur		1	1
Bronchite et pneumonie		1	1
Apoplexie cérébrale		1	1
Autres		1	1
Cognotte		1	1
Grippe et diphtérie		1	1
Fèvre typhoïde		1	1
Scarlatine		1	1
Rougeole		1	1
Varicelle		1	1

Répartition des décès par quartier		Masculin	Féminin
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.		1	1
Gare et St Sauveur, 27,670 hab.		1	1
Moulins, 24,947 hab.		1	1
Wazemmes, 36,782 hab.		1	1
Vauban, 20,381 hab.		1	1
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.		1	1
Esquermes, 11,381 hab.		1	1
Saint-Maurice, 11,212 hab.		1	1
Fives, 24,191 hab.		1	1
Canteleu, 2,836 hab.		1	1
Sud, 5,908 hab.		1	1
Total . . . . .		69	47



te femme  
ous verrez  
la bron-  
hats san-

l'étendue  
des râles  
eux râles  
e conges-  
qui entra-  
. été cons-  
oyers plus  
e, lésions  
aire géné-

ients sont  
olents que  
arriver à  
servé que  
se et une  
e pendant

ir est sur-  
Au cours  
ne chaque  
céleration  
mentation  
un excès  
nsidérable  
la période  
qui carac-  
li d'air et  
rablement  
l'effort est  
neux vers  
es cavités  
r par les  
. d'autant  
s et plus

t être un  
des acci-  
ssieurs, il  
pour ainsi

écieuse à  
eutiques,  
r sensible

d'accidents, même graves, ayant débuté au cours de la grossesse. Il y a, dans ces cas, suivant l'heureuse expression de PÉTER, à la fois délivrance maternelle et délivrance cardiaque.

Cette amélioration, cependant, n'est point constante. Ou bien l'accalmie qui suit l'accouchement est de courte durée, et après quelques heures, deux ou trois jours même, d'une trompeuse et apparente amélioration, on voit reparaitre les accidents qu'on avait cru définitivement arrêtés. Ou bien le calme ne se produit pas un moment, la dyspnée persiste, les pulsations cardiaques restent mal frappées, irrégulières, les troubles asystoliques s'accroissent et la mort est, trop souvent, le terme de ces accidents.

Ces différences que je viens de vous montrer dans l'évolution des troubles cardio-pulmonaires, montre bien, Messieurs, combien sont complexes, ainsi que je vous l'ai déjà indiqué, les éléments qui influent sur eux. Pendant les premiers jours des suites de couches, c'est la tension artérielle qui joue le rôle le plus important. Le cœur, en effet, n'est pas immédiatement, et constamment soulagé après l'accouchement et, malgré l'évacuation de l'utérus, l'hypertension artérielle persiste, dans des proportions variables d'ailleurs, pendant les quelques jours qui suivent l'accouchement. Le cœur continue donc à être surmené bien que son travail ait un peu diminué. Si les lésions cardiaques ne sont pas trop avancées, si le muscle a conservé une énergie suffisante, ce soulagement léger et progressif permet, peu à peu, à l'organe, de reprendre son fonctionnement régulier. Si, au contraire, le myocarde est profondément altéré, si les lésions que je vous ai décrites d'après le très intéressant travail de MM. VAQUEZ et MILLET sont trop étendues, le cœur ne peut soutenir plus longtemps la lutte, l'asystolie se prolonge et s'aggrave.

Cette influence, dangereuse pour un cœur déjà malade et déjà surmené, de la persistance d'une tension artérielle excessive, explique que, dans certains cas, une hémorrhagie de la délivrance puisse avoir des conséquences heureuses pourvu qu'elle soit suffisante pour diminuer la tension vasculaire, sans être assez abondante, toutefois, pour déterminer le collapsus.

Je n'ai point besoin, Messieurs, d'insister sur le danger de ces accidents cardio-pulmonaires. Graves pour la mère, ils sont non moins graves pour le fœtus. L'asphyxie de la mère entraîne en effet souvent l'asphyxie du fœtus et sa mort *in utero*.



Permettez,  
é, un peu  
ions atmos-  
e peut être

strictement  
e foie, ni les  
on doit donc  
un possible  
iandes blan-  
iandes rou-  
bier. Le lait  
s, et suivant  
s prescrivez  
'un litre de  
fonctionnent  
l'albumine,  
levrez avoir  
n aucune.  
palpitations,

ous exigerez  
eune sortie,  
INAY, entre  
malades au  
rigoureuse  
eul, même,  
s horizontal  
la circula-  
joindrez le  
e digitale à  
légères pur-

céderont à  
est pas tou-  
ns quelques  
n et œdème  
it une inter-

ous indiquer  
ives et vous  
ns d'oxygène  
onnée et qui,  
r, en partie,  
les moyens  
disposition,  
plus grands  
commandée,

lui a dû de beaux succès. Vous l'emploierez donc et vous ferez sans hésitation, quand des troubles asphyxiques apparaîtront, une saignée d'environ 300 à 400 grammes. Une accalmie suivra, le plus souvent, accalmie qui, dans certains cas, sera malheureusement passagère. Ne perdez pas alors votre temps à continuer un traitement médical impuissant : prenez sans tarder une résolution plus énergique et n'hésitez pas à *provoquer l'accouchement prématuré*.

Cette intervention devra, le plus possible, être faite dans une période d'accalmie ; mais quand les événements se précipitent avec une telle rapidité que la vie de la femme court un danger pressant, intervenez même quand la malade est en pleine crise d'œdème pulmonaire. C'est le seul moyen de salut et je me suis, pour ma part, félicité de l'avoir employé pour une femme dont l'état était si grave que l'interne qui m'avait appelé auprès d'elle, la considérant comme agonisante, avait préparé l'appareil instrumental nécessaire pour pratiquer l'opération césarienne *post mortem*.

L'accouchement prématuré compte cependant des adversaires décidés, bien que le nombre des accoucheurs qui y sont opposés diminue tous les jours.

Deux raisons sont invoquées contre cette méthode thérapeutique, raisons que nous allons examiner et discuter.

Le travail de l'accouchement peut aggraver les troubles cardiaques et augmenter, par conséquent, les dangers, déjà graves, qui menacent la mère.

L'accouchement prématuré donne naissance à un enfant faible, dont la vitalité est compromise et qui risque de succomber au bout de quelques jours.

Voyons, Messieurs, ce que valent ces objections.

Il est indéniable, et je vous l'ai dit au début de cette leçon, que les accidents sont parfois aggravés par le travail de l'accouchement ; mais ce fait est loin d'être constant et, dans nombre de cas, la délivrance est suivie d'une amélioration incontestable.

Les conditions seront-elles plus favorables lorsque, pendant plusieurs semaines, vous aurez laissé les troubles cardiaques s'aggraver et l'accouchement à terme et spontané n'offrira-t-il pas de plus grands dangers que l'accouchement prématuré provoqué à temps, avant que l'énergie cardiaque ait été épuisée.

En réalité, le plus souvent, les insuccès sont dus à une intervention trop tardive, soit que le médecin ait été appelé à une période trop avancée, soit qu'il ait

temporisé outre mesure. Le traitement obstétrical n'a pas été nuisible, il a été impuissant, comme le sont, dans certains cas, toutes les méthodes thérapeutiques.

Est-il vrai, cependant, que l'accouchement prématuré compromette les intérêts de l'enfant, que vous ne devez jamais perdre de vue ?

Non, Messieurs, car chaque fois que la mère présente des accidents pulmonaires graves, chaque fois que ces accidents se prolongent, la vie du fœtus est par cela même en danger, si bien *que l'enfant succombe presque constamment avant la mère.*

Cela n'est contesté sérieusement par personne, si, pratiquant l'accouchement prématuré, nous obtenons un enfant un peu débile, nous le soustrayons, en revanche, aux dangers de mort par asphyxie qu'il courait dans le sein maternel et nous sauvegardons ses intérêts, tout aussi bien que ceux de la mère.

Aussi n'hésitez-vous pas à avoir recours, quand l'indication vous en sera nettement démontrée, à une méthode dont les preuves sont faites ; mais vous vous rappellerez que l'accouchement doit être rapidement conduit et que moins longue sera la durée du travail, plus grandes seront les chances de salut pour la mère et pour l'enfant.

C'est pourquoi vous vous adresserez, de préférence à tout autre moyen, au ballon de CHAMPETIER DE RIBES dont vous connaissez la sûreté et la rapidité d'action.

De même, vous aurez soin d'abréger le plus possible la période d'expulsion, celle pendant laquelle les efforts volontaires retentissent si défavorablement sur le cœur. Le forceps est alors tout naturellement indiqué dans les présentations de l'extrémité céphalique.

Une question se pose, à ce sujet, qui divise quelque peu les accoucheurs. Faut-il avoir recours à l'anesthésie chloroformique ?

On peut, je crois, sans faire courir de nouveaux dangers à la femme, employer le chloroforme s'il n'y a que des accidents légers, mais à la condition expresse que l'administration en soit faite très attentivement par un aide expérimenté. Mais, pour ma part, je préfère ne point user du chloroforme lorsqu'il existe des troubles respiratoires intenses.

L'accouchement terminé, tout danger n'est pas écarté. Il peut encore survenir des embolies cérébrales ou pulmonaires ; de la congestion et de l'œdème du poumon ; du catarrhe suffocant combine ou non à l'asthénie cardiaque.

Tous ces moyens qu'en dehors

Contre le sèches ou saignée, pe tats. La m doses très circonstanc

Contre l' toniques du ou de caféi lement quai diminuer.

Les diurétiques, vous tous, vous largement. n'en pouvez diurèse, alo genre, j'ai tose qui m' et que je v

Enfin, il femmes le j Le meilleur thérapeutique nuisible. Pu ralose, à la conseille de

Il nous re duite vous d mère se pr effectué.

Dans ce cas générales qu avoir recou. l'accouchem vant les con tions que n ultérieure

Cette inter tenter. Vous vivant, si la celle qui es pulmonaire. réduites si asphyxiques tionnellemen



Vous le voyez, Messieurs, votre rôle peut être, dans les cas dont je vous ai entretenu, extrêmement important. Non seulement vous pouvez, par une intervention hardie, conjurer des accidents d'une gravité considérable; mais surtout vous pouvez, par vos conseils éclairés, éviter l'éclosion de ces accidents. Ne l'oubliez pas et ne négligez jamais d'examiner le cœur de toute femme enceinte qui viendra vous consulter, quand bien même aucun symptôme ne vous ferait prévoir une lésion cardiaque.

## FAITS CLINIQUES

**Péritonite tuberculeuse à forme ascitique; laparotomie; anus contre nature spontané au niveau de l'incision 65 jours après; tuberculose pulmonaire; mort.**

par J. Drucbert, interne des hôpitaux

Jeanne L., âgée de 26 ans, couturière, entrée le 20 août 1898, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, a vu son père mourir d'aliénation mentale, sa mère de tuberculose pulmonaire à l'âge de 43 ans.

Régée sans accidents depuis l'âge de 15 ans, cette femme a deux enfants bien portants, âgés l'un de cinq ans, l'autre de trois ans; ses accouchements ont été normaux et à terme; les suites de couches ont été bonnes; pas d'avortements, pas de maladies antérieures.

La malade allaitait son dernier enfant depuis dix-sept mois, quand, au début de l'année 1898, elle entra à l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin, non pas qu'elle toussât ou souffrît; elle n'avait ni diarrhée, ni constipation, ni leucorrhée, elle se plaignait seulement d'une grande lassitude.

Après un séjour de sept semaines, sa faiblesse ne diminuant pas, elle quittait l'Hôtel-Dieu, en juillet 1898; l'appétit était excellent, exagéré même, mais la malade avait des sueurs abondantes, surtout le soir. Depuis le mois de décembre 1897, elle s'était aperçue que son ventre augmentait de volume, mais cet accroissement très lent ne l'avait pas inquiété tout d'abord; depuis sa sortie de l'hôpital de Saint-Quentin il est devenu beaucoup plus rapide.

Lors de son entrée, cette malade est faible, anémiée, très amaigrie; elle ne présente ni diarrhée, ni constipation, elle est parfois tourmentée par des coliques extrêmement douloureuses, mais de peu de durée. La respiration est normale, sauf peut-être un peu d'obscurité aux sommets. La malade ne tousse pas, elle n'a jamais eu d'hémoptysies; sa voix est faible mais d'un timbre normal; d'autre part pas de fièvre.

Le volume du ventre contraste avec la maigreur générale du corps; il y a de la matité complète dans les flancs, à la partie antérieure de l'abdomen et

même au-dessus de l'ombilic; on ne trouve de sonorité qu'à l'épigastre. Les changements d'attitude de la malade ne déplacent pas le siège de cette matité. Une chiquenaude produit le phénomène du flet. Le maximum de circonférence de l'abdomen atteint 96 centimètres. Il y a là évidemment une vaste collection liquide enkystée occupant toute la partie inférieure de l'abdomen et remontant même au-dessus de l'ombilic. Cette collection comprime la vessie, gêne son ampliation; aussi la malade a-t-elle de fréquentes envies d'uriner.

L'état général de la malade, ses antécédents (mère tuberculeuse), les signes locaux font porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Une intervention chirurgicale est proposée et acceptée.

La malade passe dans le service de chirurgie, et le 25 août M. le professeur agrégé CARLIER pratique une laparotomie. Evacuation d'un liquide citrin assez abondant. Le péritoine est très épaissi par les fausses membranes qui le tapissent; dans le petit bassin et surtout du côté de la trompe gauche il est couvert de dépôts caséux. L'intestin est fortement rétracté en haut vers le diaphragme.

Après l'évacuation du liquide, le péritoine est nettoyé à la gaze iodoformée. Dès l'ouverture de la cavité péritonéale, on est frappé par un organe bizarre, sorte de cordon de la grosseur d'un doigt, recouvert lui aussi de fausses membranes, semblant aller de l'ombilic vers la vessie, mais on n'a pas le loisir de l'examiner; et la plaie est refermée sur le champ.

Pas de suites opératoires. La plaie se cicatrice par première intention; les crins sont enlevés le dixième jour. L'ascite ne se reproduit plus et les envies fréquentes d'uriner ont disparu. Grâce à la conservation de l'appétit l'état général de la malade se relève un peu, les forces peuvent renaître et l'amaigrissement disparaître.

Mais le 15 septembre 1898, la cicatrice cutanée rougit, s'ulcère, et livre passage aux catguts qui suturaient l'aponévrose. Il en résulte une plaie anfractueuse, atone, sans tendance à la cicatrisation, car l'état de la malade s'est aggravé; pendant trois jours elle est tourmentée par des vomissements qui s'opposent à toute alimentation solide ou liquide.

Ces vomissements cèdent au menthol, mais depuis la malade mange peu, s'affaiblit et maigrit rapidement. Le processus tuberculeux envahit rapidement du reste l'appareil pulmonaire: l'induration devient manifeste, puis l'ulcération des granulations s'effectue avec son cortège accoutumé de fièvre, de toux et d'infection, de sueurs nocturnes. La malade retourne dans le service de médecine, où le pansement quotidien est fait avec soin.

Le 2 novembre, vers cinq heures du soir, la malade se sent baignée par une quantité de liquide d'odeur infecte sortant par la plaie. Il s'est fait une perforation de l'intestin au niveau de la plaie, et des matières verdâtres, très liquides et très odorantes, sortent constamment par cet anus contre nature situé sur la ligne blanche.

Le 4 novembre on trouve dans le pansement un ascaride lombricoïde. A dater de ce jour, la cachexie

est rapide, et la malade meurt le 10 novembre 1898.

L'autopsie n'a pu être pratiquée que partiellement : néanmoins les constatations suivantes, fort intéressantes, ont pu être faites.

A travers la plaie abdominale agrandie, on constate que l'abdomen est partagé en deux par des amas de fausses membranes. Une partie supérieure comprend l'intestin fortement rétracté sous le foie, vers la colonne vertébrale ; le calibre de l'intestin est diminué, les anses sont agglutinées par des adhérences qui apparaissent quand on les étire sous forme d'une multitude de petits cordages. La cavité inférieure est une vaste poche à parois épaisses recouvertes de formations caséuses ; le cordon qui la traverse et qui nous intrigua lors de la laparotomie, est l'épiploon rétracté en un cylindre et fortement attaché par des adhérences au péritoine pariétal un peu au-dessous de la symphyse pubienne. A sa partie moyenne il est aminci, ulcéré ; après avoir traversé la tente que forment les fausses membranes il pénètre dans l'étage supérieur de l'abdomen et reprend sa forme étalée. Toute cette cavité inférieure est remplie de matières intestinales très liquides ; si on la vide sous un courant d'eau ; on peut par pression sur la partie supérieure de l'abdomen la remplir de nouveau de matières verdâtres ; une anse d'intestin grêle adhérente au dôme de fausses membranes présente une perforation de la grandeur d'une pièce de dix sous. Les matières devaient donc séjourner dans le péritoine qui évacuait son trop plein par la plaie abdominale.

Cette observation est celle d'une péritonite tuberculeuse dont le point de départ semble avoir été dans un tubercule de la trompe gauche. Les lésions ont évolué au début très insidieusement et un allaitement prolongé a eu sur elles l'influence la plus néfaste, puisque les premiers symptômes, amaigrissement et affaiblissement progressifs, datent des derniers mois de cette allaitement. La laparotomie a dans ce cas fait disparaître définitivement l'ascite : pendant quelque temps on avait même pu espérer une guérison totale ; mais la tuberculose péritonéale a repris son évolution ; le processus s'est même généralisé, et une ulcération de l'intestin amenant la perforation est venue hâter le dénouement.

## Clinique Médicale de la Charité

Service de M. le Professeur COMBEMALE

### Zona et tuberculose

par G. Mouton, interne des hôpitaux

Il existe un rapport, sinon étroit et constant, du moins très important, entre les manifestations zostériennes et la tuberculose. LEUDET, le premier, le 26

août 1878, dans un mémoire française pour l'avancement rapport de causalité qui uni pas que l'herpès zoster soit culeux, — BARIÉ (Soc. méa élève P. LERGUX (Thèse. Pa leurs la même opinion —, que les porteurs de zona s culeux, hérédotuberculeux leux (MILLON. Tr. des mal. Mieux encore, le zona pour avant-coureur, prodromique leuse ; les observations de Li le Bulletin de la Société fr (1890, p. 135), ainsi que le ROUHER (Paris 1897), viennent

Quant à donner de ces fait génique satisfaisante, la chose

POUR GUÉNEAU DE MUSSY (C ALTEMAIRE (Thèse. Paris, 1871) résultat d'une action réflexe bles (poumons, plèvre) arriv par des voies multiples ( anastomosiques du plexus i diens, intercostaux). LEUD invoqué un mécanisme un une perturbation vaso-motr vaient point de substratum qu'en 1886 que RAYMOND p moelle ou des méninges spin par les recherches histologi CHATEAUFORT, LIOUVILLE, SCHULTZE). Mais la lésion s semble plus être le seul fact tuberculeux : la notion de l' nant la conception pathogén serait plus qu'une nevrile in une infection quelle qu'elle : nentérie). PETER (Clin. mé EISENLOHR STRUMPELL, OPPEN surtout, font du zona une n

Donc, chez un malade att toujours lieu de s'enquérir de vent on sera amené à cons un stade variable de son évo c'est là l'opinion de la majori die aura déjà franchi bien d lésions irrémédiables.

nditions, considérer  
te résultant de l'irri-  
nchyme voisin, sous-  
e cas de zona inter-  
e et justifiée. BARIÉ et  
'ont admise. Il faut  
stérienne a été ren-  
ourtant éloignés du  
aire, comme la face,  
iale et les membres

a bonne fortune de  
le professeur COMBE-  
na intercostal, chez  
ue de la peau était  
ulmonaire, au même

venons de dire au  
na et la tuberculose  
ons le rapporter en

igt-cinq ans, V...,  
le 9 décembre der-  
ns la région thora-  
tousse, crache et a

r du sein gauche :  
rges de la paternité  
me et ses enfants :  
on histoire patholo-

rte subitement, cet  
porté pendant les  
te de dix sept ans, il  
, surtout localisée à  
six semaines. Quel a  
époque, la pleûve ou  
re ? Le malade n'a

races et des séquel-  
fet, le réforme pour

clitant et sa sante  
maigrir, perd ses  
séjours. Il rentre  
re.

es symptômes, est  
rs aise de voir que  
rbe zona intercostal  
s à décrire la lésion :  
tendant sans inter-  
quième, sixième et  
louleur est très vive,  
e pour cela que le

Voici maintenant ce que l'auscultation pulmonaire  
nous a révélé :

En avant, à droite comme à gauche, peu de chose,  
sauf une respiration un peu rude et du retentissement  
vocal.

En arrière, à gauche, dans la fosse sous-épineuse,  
il y a un petit point très limité et très sensible où l'on  
entend du tintement métallique, de la résonnance de  
la voix ; le bruit d'airain est perçu ; respiration, toux  
et voix ont un timbre amphorique. Interrogé, le  
malade se rappelle qu'il y a quatre semaines il a  
éprouvé à ce niveau une violente douleur et qu'il dut  
s'aliter. Il s'est donc fait là une rupture, une fistule  
pleuro-pulmonaire.

Dans le reste du poumon gauche, il existe des signes  
de bronchite avec prédominance de gros râles au  
sommet.

L'auscultation du poumon droit, en arrière, est,  
pour le moins, aussi intéressante.

Outre la bronchite existant dans la partie supe-  
rieure du parenchyme, on trouve à la base et à la  
partie moyenne des signes très nets de pleurésie.  
L'obscurité respiratoire est presque absolue au niveau  
du lobe moyen ; à la base se perçoivent de très nom-  
breux frottements, superficiels, synchrones avec les  
mouvements d'ampliation et de retrait du thorax.

L'expectoration renferme le bacille de Koch.

Rien de particulier à noter à l'examen des autres  
appareils.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie des Sciences.** — BÉCLÈRE, CHAMBOX,  
MÉNARD et JOUSSET. Le sérum de l'homme et des ani-  
maux immunisés contre l'infection vaccinale ou  
variolique possède un pouvoir antivirulent.

**Académie de Médecine.** — LANCEREAUX. Trai-  
tement efficace de la sclérodermie et du rhumatisme  
chronique par l'iodothyridine.

**Société de Biologie.** — HAYEM. Un cas de leu-  
cémie aiguë. — Réaction de la moelle osseuse par  
les hémato blasts dans le processus de rénovation  
sanguine.

— LE ROY DES BARRES. Streptocoques et sérum de  
Marmoreck : immunisation contre un échantillon  
quelconque.

— LABORDE, puis DEJERINE, CHARRIN, BOUCHARD. La  
résection du sympathique ni ne prévient ni ne guérit  
l'épilepsie expérimentale ou jacksonienne.

**Société de Thérapeutique.** — MARTIN. Des  
solutions salines dans les infections.

DESROS. Le sérum salé dans les maladies des  
voies urinaires.

## Analyses de Mémoires français et étrangers

**Diagnostic clinique de certaines formes de bronchite albuminurique avec la tuberculose pulmonaire** (HIRTZ et MERKLEN. *Presse médicale*, 1898, n° 106).

Un symptôme bien connu et très fréquent, au cours du mal de Bright, c'est la bronchite albuminurique (LASEGUE), le mot bronchite comprenant ici tous les accidents broncho-pulmonaires.

La bronchite albuminurique est essentiellement polymorphe; soit par ses lésions (œdème pulmonaire avec ou sans congestion concomitante, bronchite vraie, broncho-pneumonie), soit par sa distribution (forme généralisée, forme partielle avec prédominance aux bases, à la région axillaire, aux sommets).

Dans le cas de localisation aux sommets, elle peut revêtir tout-à-fait la forme de la tuberculose pulmonaire, et le diagnostic est d'autant plus difficile que la phthisie commune peut, de son côté, se compliquer de lésions rénales avec albuminurie et œdèmes.

Voici les principaux éléments qui permettent dans ce cas de fixer le diagnostic.

1° *Signes physiques.* — La bronchite albuminurique donne à l'auscultation du sommet, un foyer de râles crépitants fins abondants, ayant la valeur stéthoscopique de craquements.

Mais la respiration n'est pas soufflante; le murmure respiratoire n'est pas changé dans son timbre; il n'y a pas de modifications dans la résonnance de la voix; pas d'altération de la sonorité normale, pas d'exagération des vibrations. En un mot, pas de signes d'induration pulmonaire.

2° *Signes fonctionnels.* Dans la bronchite albuminurique le malade tousse peu, expectore peu (crachats filants et visqueux). Il y a des accès de dyspnée, comparables à des accès d'asthme et hors de proportion, par leur intensité, avec le peu de lésions constatées à l'auscultation.

3° *Signes tirés de l'évolution.* — La bronchite albuminurique est variable, mobile, capricieuse dans ses signes. Les foyers de bronchite, loin d'être fixes et immuables comme dans la tuberculose pulmonaire, apparaissent et disparaissent sur place du jour au lendemain pour réapparaître en d'autres points.

4° *Signes bactériologiques.* — Absence de bacilles de Koch.

DESOL.

## VAI

## La médecine

Cette question offre un grand intérêt pour nos confrères de la frontière. Elle a été rapportée par le Dr Gilbert BALLET :

« En ce qui concerne le rapport présenté sur ce sujet par le Dr Gilbert BALLET : que nous croyons devoir approuver, les Français demandent qu'il soit tenu compte de leur territoire. Ils font observer qu'un médecin belge est autorisé à exercer dans sa résidence ne peut le faire dans une localité voisine où un médecin belge est autorisé à exercer par convention franco-belge dit, en droit de délivrer des médicaments de l'autre pays qu'à leur lieu de leur domicile. Il résulte de cet article un réel dommage pour nous paraît aucunement ces populations de la frontière aux médecins belges. L'art. 1er de l'avantage de ces derniers est évident.

» Avant de se prononcer sur la question de la médecine de la vallée de la Meuse, l'autorisation accordée aux médecins de la Meuse, les engagements avec les collectivités devant une juridiction fixe dans un local déterminé, il est nécessaire de connaître les conditions de fonctionnement et sur l'utilité pour les populations. Or, voici, à ce sujet, le rapport du ministre de l'Intérieur, émis par les préfets des départements de la Meuse et du Luxembourg : « Les départements voisins de la Meuse ont le même intérêt, la question a été le sujet de protestations et de conventions avec le Luxembourg.

« Nous avons reçu comme les cinq départements intéressés la Meuse et la Moselle. Le problème ne sont pas appliqués la Meuse, que les rapports médicaux français sont peuplés d'aucune réclamation contre les préfets du Nord, des départements de la Meuse, c'est-à-dire des trois départements qui sont principalement, ils ont égard lesdites conventions ont donné lieu à des abus. « J'y a lieu de limiter l'application des lois françaises ou belges dépourvue

préfet de Meurthe-et-Moselle, que la zone de 20 kilomètres (en fait, il n'est pas question de zone de 20 kilomètres dans les conventions) fixée par les conventions est trop vaste. Elle pourrait, par exemple, être réduite aux communes immédiatement limitrophes, ou tout au moins à une distance de 5 kilomètres de chaque côté de la frontière ». Enfin, le préfet des Ardennes estime qu'il y a lieu de maintenir les conventions, mais il est d'avis de les modifier dans le sens indiqué par les médecins de la vallée de la Meuse dont il considère les vœux comme légitimes.

« Ces vœux, que nous avons énumérés plus haut et sur lesquels nous allons revenir, ont semblé à la commission devoir être pris en sérieuse considération.

« Toutefois, après entente avec le représentant au comité du Ministère des affaires étrangères, il a paru que ce serait recourir à une procédure dont la complication dépasserait l'importance des réclamations, d'ailleurs fort bien fondées, que de dénoncer les conventions. Nous nous sommes demandé si, sans toucher à ces dernières, il ne serait pas possible de donner satisfaction, au moins sur les points principaux, aux médecins français, et il nous a paru qu'il suffirait pour cela d'exiger l'application rigoureuse des conventions dans leur esprit et dans leur texte. On arriverait ainsi à éviter des abus dont ces conventions ont été le prétexte, et les médecins de la frontière paraissent avoir à se plaindre surtout de ces abus.

« Au reste, reprenons un à un les vœux des médecins de la vallée de la Meuse et voyons dans quelle mesure ils sont légitimes et peuvent être satisfaits.

« Nous avons parlé plus haut du quatrième, relatif à la délivrance des médicaments.

« En ce qui concerne le troisième : défense aux médecins belges de se rendre à jour fixe ou plusieurs fois par semaine dans un local déterminé, l'interdiction réclamée nous semble l'être à juste titre. Les conventions autorisent les médecins étrangers à se rendre à l'appel des malades dans les communes limitrophes ; mais c'est, à notre sens, en fausser l'esprit que de laisser ces médecins prendre en France un domicile de fait et c'est bien, professionnellement parlant, être domicile que de se retrouver, à jour fixe, dans un local désigné d'avance médecin, dans ce cas, ne répond plus à l'appel

au : défense aux médecins étrangers  
ments avec les collectivités, bureaux  
s de secours mutuels, industriels,  
, il ne paraît pas possible, du moment  
un malade à recourir aux soins du  
bourgeois, d'enlever cette latitude à  
à une collectivité. Mais nous dirons  
e limite on la peut restreindre.

mo vœu), on ne peut pas interdire à  
né par un médecin étranger, de faire  
médecin, et aux tribunaux de tenir  
qu'ils jugent convenable des attesta-  
rait-il difficile de défendre aux méde-  
e demandent ceux de la vallée de la

Meuse, « de délivrer des certificats valables devant une juridiction française ».

« En résumé, par voie administrative et sans toucher au texte des conventions, on ne peut donner satisfaction aux médecins français de la frontière qu'en ce qui concerne le droit laissé en pratique aux médecins belges de se rendre sur notre territoire, à jours fixes ou plusieurs fois par semaine, dans un local déterminé. En supprimant cette latitude illégale, on ferait disparaître l'un des abus dont se plaignent le plus nos compatriotes.

« Les divers ministères pourraient aussi donner des ordres pour qu'il ne soit, dans les habitudes courantes, fait appel qu'aux médecins français quand il s'agit d'un service public.

« Reste la question de la fourniture des médicaments, de la délivrance des certificats valables devant la juridiction française, enfin des engagements avec les collectivités. Nous avons dit plus haut qu'il était impossible légalement de donner sur ces points pleine satisfaction aux médecins français. Toutefois, on peut leur donner une satisfaction partielle, qui nous paraît devoir atténuer dans une très large mesure les abus contre lesquels ils protestent.

« Il suffirait pour cela d'exiger que les conventions fussent appliquées dans leur rigueur. Or, le texte de ces conventions détermine, en ce qui concerne la frontière luxembourgeoise, les communes où les médecins luxembourgeois peuvent se rendre ; en ce qui concerne la frontière belge, il est dit, que seuls peuvent exercer en France les médecins établis dans les communes belges limitrophes et qu'ils ne peuvent exercer que dans les communes françaises également limitrophes. A la faveur de cette épithète, les médecins étrangers ont pénétré plus ou moins sur notre territoire. Il ne serait que juste de les obliger à rétrograder au delà des limites qu'ils n'auraient pas dû franchir.

« Les intérêts des populations, hâtons-nous de le dire, ne seraient en aucune façon lésés par ce retour au texte strict des conventions. Les préfets des départements que ces conventions visent ont été consultés à ce sujet. Nous avons les réponses de ceux du Nord, de l'Aisne, des Ardennes, de la Meuse, de Meurthe-et-Moselle. Elles sont unanimes à reconnaître qu'il n'y aurait aucun inconvénient pour les populations à n'admettre les praticiens belges à n'exercer leur art que dans les communes limitrophes, c'est-à-dire qui touchent par un point la frontière, sans autre extension ni tolérance, dit le préfet du Nord.

« En résumé, le Comité estime : 1° que les vœux formulés par les médecins de la vallée de la Meuse et de l'arrondissement de Sedan sont, dans leur ensemble, légitimes et fondés ;

« 2° Qu'on peut leur donner en grande partie satisfaction sans aller jusqu'à la dénonciation des conventions ;

« 3° Qu'il y a lieu de faire disparaître la tolérance abusive en vertu de laquelle, contrairement au texte et à l'esprit des conventions, certains médecins étrangers se rendent en France, à jours fixes ou plusieurs fois par semaine, dans un local déterminé pour y donner des consultations ;

« 4° Qu'on doit interdire aux médecins belges d'exercer au delà des communes rigoureusement limitrophes ».

**Sonnet du Docteur**

**CONGESTION CÉRÉBRALE**

Un soir qu'il se sentait la visière moins nette,  
Mon grand-oncle Bernard, vert encore, mais très vieux,  
S'inspirant d'un menu savant et copieux,  
Fit largement honneur aux talents de Jeannette.  
Puis son menton pesa plus lourd sur la serviette;  
Un chœur de feux-follets dansa devant ses yeux  
Et, son âme quittant la table pour les cieux,  
Il mourut doucement le nez sur son assiette.  
Seigneur, Seigneur mon Dieu, je suis à vos genoux !  
Écoutez un pécheur qui tremble devant vous,  
Et vous redoute autant qu'il craint l'anorexie !  
Quand je serai plus vieux que mon oncle, et plus bas,  
Comme dernier dessert de mon dernier repas,  
Accordez-moi, Seigneur, la douce apoplexie !

Dr Georges CAMUSET.

**RENSEIGNEMENTS OFFICIELS**  
**SUR L'HYGIÈNE PUBLIQUE**

**Vaccinations et revaccinations : Statistique à fournir  
par les vaccinateurs**

Les Maires des départements ont reçu, pour être répartis entre tous les vaccinateurs, les imprimés qui doivent servir à établir la statistique des vaccinations et revaccinations opérées en 1898 dans le département du Nord.

*Aux termes des règlements et du décret du 21 mars 1855, aucun enfant ne peut être reçu dans les écoles, ni dans les salles d'asile, sans la production d'un certificat de vaccine ou la justification qu'il a eu la petite vérole. Cette sage prescription doit être strictement observée.*

MM. les administrateurs des bureaux de bienfaisance peuvent aussi aider puissamment à la propagation de la vaccine, en refusant, conformément à l'article 19 de l'arrêté préfectoral du 17 mars 1858, tous secours aux parents qui ne font pas vacciner leurs enfants.

Comme les années précédentes, des récompenses, consistant en médailles d'or, d'argent et de bronze, et livres, seront accordées non seulement aux vaccinateurs, mais encore aux instituteurs, institutrices, directrices de salles d'asile et aux personnes qui se seront fait remarquer par leur zèle et leur dévouement à la propagation de la vaccine. Un crédit de 4.000 francs est inscrit à cet effet au budget départemental.

MM. les Maires doivent aussi, suivant les dispositions des articles 27 et 28 de l'arrêté précité, mandater l'indemnité de 30 centimes accordée aux vaccinateurs pour chaque vaccination ou revaccination faite gratuitement et avec succès.

Il importe que tous les registres et états soient transmis à la Préfecture pour l'arrondissement de Lille, et aux sous-préfets pour leur arrondissement respectif, avant le 1<sup>er</sup> Mars, dernier délai. Ces états seront visés par MM. les Maires, qui, d'ailleurs, ont le devoir de se rendre compte des vaccinations opérées dans leur commune.

**NOUVELLES & IN**

**UNIVERSITÉ**

MM. SOLON, bibliothécaire, et CAIRE de la section de médecine l'Université de Lille, ont été reçus à la seconde classe, le second à la grade. Nous leur adressons nos félicitations.

— M. le docteur RUYSSSEN, docteur en médecine, l'an dernier dans l'*Echo médical* sur un projet de l'enseignement médical, s'est vu décerner récemment par la Société française de médecine l'occasion de lui faire parvenir à nos meilleurs compliments.

— Parmi les désignations faites pour le service de santé militaire, par décret du 26 décembre 1898, nous voyons le docteur TERSEN, médecin-major 72<sup>e</sup> d'infanterie à Amiens.

La Gazette des Hôpitaux publie pour l'année 1899, une intéressante statistique : 908 élèves nouveaux entrés à la Faculté de médecine de Paris, en 1898, 388 venaient de départements. Or ce qui intéresse notre région et notre Faculté, c'est que la Faculté de l'Etat, et 35 de la Faculté de Lille dans la liste des élèves parisiens. L'attrait de Paris pour les étudiants ne se comprend guère.

**Distinctions honorables**

Ont été nommés dans l'Ordre de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Commandeurs. — MM. les docteurs BOISSEAU, directeur du 6<sup>e</sup> corps d'armée.

Officiers. — MM. les docteurs faculté de médecine de Lyon ; médecins principaux ; MORET, D'ARNAUD, médecins majors ; DOUÉ, médecin.

Chevaliers. — MM. BONY, MASE, BOURBON, BONNET, PRIEUR, CANIE, DUPEYRON, LEBASTARD, du 8<sup>e</sup> régiment d'infanterie ; OMER, DURoux, DESCOSSE, LEJEUNE, SALLEBERT, BEUGNEUX, médecins ; RUMEN, BERTHOLON, de l'armée d'Algérie ; DAMMARTIN, GAUCHER, médecin ; PONS, FLANDRIN, KERGOHEN, AUCOUR, CUREAU, AUGIER, NEGRETTI, SEVERIN, médecins de la marine ; SIMON, de Mont-Ferrand ; DE BRUN DU BOIS, de la Faculté de médecine de Beyrouth ; l'hôpital français de Saint-Louis (Madagascar).

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

52<sup>e</sup> SEMAINE DU 25 AU 31 DÉCEMBRE 1898

<sup>e</sup> classe)  
ivelage ;  
ANCHARD,

BIER, de  
de Bor-

cadémie  
ont été  
e : MM.  
DUCLAUX,  
, Roux,

étant des  
tre et la

la mort  
en quel-  
coup est  
nanières  
é, venue  
is adres-  
ets.

BITTJEAN,  
NARD, de  
y (Meur-

AVRAND.  
<sup>e</sup> édition,  
te. Chez

de l'étu-  
d'ailleurs  
s d'insis-  
a ajouté  
méiologie  
ils respi-  
nervation  
à la suite  
scope de  
sérieuse-  
très bons  
le du chi-  
ne peut  
lignes de  
en revan-  
faite. En  
e de côté  
médiocre  
toujours  
commen-  
re de cet

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE	Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .	13	7
3 mois à un an . . . . .	13	4
1 an à 2 ans . . . . .	5	3
2 à 5 ans . . . . .	3	2
5 à 10 ans . . . . .	1	1
10 à 20 ans. . . . .	1	1
20 à 40 ans. . . . .	6	7
40 à 60 ans. . . . .	5	4
60 à 80 ans. . . . .	15	13
80 ans et au-dessus . . . . .	1	3
Total . . . . .	62	40

NAISSANCES par quartier	8	16	16	26	7	11	13	3	23	6	133
TOTAL des DÉCÈS	7	13	17	16	9	14	9	13	13	5	107
Autres causes de décès	3	2	6	4	5	6	4	3	3	2	38
Homicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculeuses	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Phtisie pulmonaire	1	2	»	1	1	1	2	1	2	»	11
Diarrhée et dysentrie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
moins de 2 ans	1	»	8	5	»	1	1	3	»	1	20
Maladies organiques du cœur	»	1	»	»	1	1	»	1	»	»	4
Bronchite et pneumonie	1	7	3	4	1	3	1	1	2	2	25
Apoplexie cérébrale	1	1	»	1	»	»	1	»	»	»	4
Autres	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Croup et diphthérie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Pièvre typhoïde	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	3
Scarlatine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

## CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS

## Répartition des décès par quartier

Hôtel-de ville, 19,892 hab.	
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes, 11,381 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
Total . . . . .	





si je puis m'exprimer ainsi, car l'emploi de moyens énergiques empêchera la formation de lésions irré-

péricardite suit en effet une  
Après une période aiguë, s'installe  
contre lequel la thérapeutique est  
e ; son action se borne à pallier  
venir l'énergie du myocarde, mais  
urative des lésions constituées.  
ntissement sur le cœur dont elles  
nts et altèrent la nutrition et elles  
peu à l'asystolie.

traitement de la péricardite aiguë.  
e ou curatif.

*lactique.* — Dans toutes les mala-  
vant se compliquer de péricardite  
breuses —, il faudra assurer au  
se abondante l'élimination des  
et de leurs produits toxiques afin  
ion de leurs méfaits et les métas-  
peuvent donner naissance.

et données largement pour arriver  
pris à la dose de un à deux litres  
e heures par petite quantité à la  
heures par exemple. Le lait sera  
cisé avec une eau minérale (Vichy,  
Evian, etc.), suivant le goût du

nonades, les tisanes diurétiques  
le cerises, uva ursi).

nts, la caféine à la dose de 0,50 à  
ar jour en potion ou en injections  
héobromine, par cachets de 0,50  
re à cinq dans la journée, entre-  
en soutenant l'énergie cardiaque.  
sérum artificiel, si efficaces dans  
ections, trouveront également ici  
se de 250 à 300 centimètres cubes  
tre, répétées plusieurs jours de  
ont les forces du malade et active-  
inatrice des reins.

oide ou tiède, sous forme de bains,  
loppement, aboutira au même

tes généraux, l'alcool, les vins  
e de kola (trois à quatre grammes  
e de coca (même dose).

En un mot c'est, comme on le voit, le traitement  
commun à toutes les infections.

Il est cependant une variété de péricardite aiguë,  
la péricardite rhumatismale qui échappe à la loi  
générale et qui exige un traitement préventif particu-  
lier, spécifique de cette affection.

Il est inutile de rappeler la fréquence des compli-  
cations péricardiques ou endocardiques dans ce  
rhumatisme articulaire aigu ; les lois de BOUILLAUD  
sont connues de tous. Le médicament de choix est  
dans ce cas le salicylate de soude.

Si l'endocardite échappe à l'action préventive du  
salicylate de soude parce qu'elle est plus précoce que  
la péricardite, du moins cette dernière complication,  
qui n'apparaît que dans le deuxième septennaire de  
l'infection rhumatismale, peut-elle être quelquefois  
évitée en instituant le traitement salicylé le plus  
rapidement possible. Comment explique-t-on l'effet  
du salicylate de soude ?

Ce médicament est le spécifique par excellence du  
rhumatisme articulaire aigu ; il agit en qualité d'anti-  
septique sur le microorganisme du rhumatisme, ainsi  
que l'ont démontré les recherches récentes de THIRO-  
LOIX. En diminuant la virulence et en arrêtant la  
vitalité du bacille du rhumatisme, le salicylate de soude  
empêche dans la majorité des cas l'éclosion des com-  
plications viscérales et c'est à ce titre que son emploi  
est justifié et rationnel. L'action antithermique et  
analgésique du salicylate est corrélative de ses pro-  
priétés antiseptiques.

Mais pour tirer profit du salicylate de soude il faut,  
suivant POTAIN et HUCHARD, obéir à des règles pré-  
cises qui doivent toujours présider à son adminis-  
tration. Voyons quelles sont ces règles.

La première est de prescrire le médicament à haute  
dose dès l'apparition des douleurs articulaires. Con-  
trairement à l'opinion de certains auteurs qui aug-  
mentent progressivement les doses (trois grammes le  
premier jour, quatre le second, cinq le troisième  
pour s'y maintenir), il est préférable, disent POTAIN et  
HUCHARD, d'arriver d'emblée à la dose de six grammes  
et même de huit grammes dans les vingt-quatre  
heures chez l'adulte. Les complications cardiaques,  
tout au moins la péricardite qui nous occupe seule,  
sont évitées parce que l'infection est pour ainsi dire  
arrêtée dans son essor.

Cette règle a une importance très grande chez  
l'enfant, dont le cœur est très sensible et est touché

même dans les cas de rhumatisme les plus bénins et les plus limités. Le cœur de l'enfant se comporte comme une articulation, disait BOUILLAUD. Hâtez-vous donc de prescrire le salicylate de soude à dose suffisante (0 gr. 50 à 1 gr. au-dessous d'un an, 2 gr. entre 2 et 5 ans, 3 vers 6 ans, 3 à 4 gr. entre 6 et 10 ans, 4 à 5 gr. au-dessus de cet âge où l'on ordonne la dose des adultes).

*Deuxième règle.* — Il faut fractionner les doses. Le salicylate de soude s'élimine très rapidement ; cinq à six minutes après son administration on le retrouve dans l'urine et la durée totale de son élimination ne dépasse pas 24 ou 48 heures lorsque le rein fonctionne bien. D'où la nécessité de le faire absorber à intervalles rapprochés afin de maintenir la saturation de l'organisme. Une prise d'un gramme toutes les trois ou quatre heures aboutira au résultat cherché.

*Troisième règle.* — Après la disparition des douleurs articulaires on ne doit pas cesser brusquement le salicylate de soude, il faut le continuer pendant une dizaine de jours à dose moitié moindre, trois à quatre gr. Ce précepte renferme toute la thérapeutique préventive de la péricardite rhumatismale puisque celle-ci ne se montre pas au début de la maladie et peut encore s'éveiller lorsque les poussées articulaires ont disparu ; la prolongation du médicament met à l'abri de la péricardite, si elle n'existe pas, en détruisant les microbes qui ont survécu et qui sommeillent dans une portion quelconque de l'organisme.

Le salicylate de soude peut se donner en cachets de 1 gr. chacun, ou sous forme de potion aqueuse dans laquelle on fait entrer un édulcorant tel que le sirop de groseille, le sirop d'écorces d'oranges amères ou une petite quantité de rhum ou de cognac.

Voici par exemple une formule de potion :

Salicylate de soude . . . . .	6 grammes
Cognac . . . . .	10 "
Sirop de groseille . . . . .	40 "
Eau distillée . . . . .	q. s. p. 150 "

à prendre par cuillerées à soupe dans les 24 heures.

Sous l'influence d'une dose élevée de salicylate on peut voir apparaître quelques accidents peu alarmants que le médecin doit connaître. Parmi ceux-ci les bourdonnements d'oreille et la surdité sont les plus communs et existent quelquefois même avec des doses de quatre grammes. Les troubles visuels sont plus rares, ainsi que les vertiges, les nausées et le délire.

Ces accidents peuvent prendre soin, ce qui est de le malade au régime le temps que dure la médication la liberté du ventre au moyen de laxatifs légers. Si malgré ces traitements d'oreille et la surdité ne cessent brusquement ils ne sont pas toujours produits par l'élimination du médicament ; ils peuvent résulter par ailleurs d'une affection particulière du sujet. En 2 gr. on les fait disparaître.

De même la présence du malade ne doit pas être une contre-indication absolue. Il s'agit de s'entendre.

Le rhumatisme articulaire aigu, les maladies infectieuses dans lesquelles s'accompagne d'une albuminurie qui ne découle pas nécessairement d'une altération de la fonction rénale, dans le fonctionnement d'une altération de l'épithélium toxiques élaborés dans le sang, du rhumatisme. Cette albuminurie est le meilleur traitement que l'on puisse donner directement la cause de la maladie, le médicament approprié et antirhumatismal.

Mais si le malade est au moment où il contracte le rhumatisme articulaire aigu, les reins insuffisants, l'insuffisance rénale préexistante, l'épuration organique ne peut pas ajouter l'élimination d'un médicament.

Dans ces cas il est utile de suspendre l'acide salicylique et de tâter s'il ne s'accumule pas dans le sang. Plus faciles et devrait se substituer le traitement symptomatique. Le moyen de tâter la susceptibilité du malade à l'abri des accidents de l'administration de soude ne s'élimine pas, si grave, on le suspendra et le remplacera par l'antipyrétique.

Pour constater la présence de l'acide salicylique dans l'urine on acidifie c

d'acide chlorhydrique, on en laisse tomber une ou deux gouttes sur un morceau de papier à filtrer, puis à proximité on place une goutte de solution de perchlorure de fer, de manière que les deux liquides viennent en contact ; à cet endroit il se formera une forte ligne de démarcation bleuâtre.

Tel est le traitement préventif de la péricardite rhumatismale ; on voit qu'il se confond avec celui du rhumatisme articulaire aigu et son étude m'a donné l'occasion de vous rappeler les grandes lignes de ce dernier.

**Note sur un cas d'anémie perniciose progressive et sur ses difficultés de diagnostic d'avec le cancer de l'estomac,**

par le Docteur P. Desoil, chef de clinique médicale à la Faculté.

Nous avons observé récemment, dans le service de M. le professeur COMBEMALE, un cas intéressant d'anémie perniciose progressive qui nous a paru mériter d'être rapporté à deux points de vue : d'abord pour la rareté du fait ; ensuite comme enseignement clinique, en raison des difficultés de diagnostic que ce cas présentait avec le carcinome gastrique.

Il s'agissait d'une femme de 66 ans, malade seulement depuis dix ou douze mois et qui, sauf la tumeur épigastrique, présentait tous les symptômes du cancer de l'estomac : l'anorexie, les vomissements, les hématemèses, la douleur épigastrique, la cachexie rapide, la teinte jaune paille caractéristique.

D'un autre côté l'examen du sang révélait l'existence d'une anémie rapidement progressive, dépassant bientôt les limites ordinaires de l'anémie cancéreuse, et s'accompagnant de formes globulaires anormales, caractéristiques de l'anémie perniciose.

A l'autopsie, les résultats furent négatifs au point de vue de l'existence d'un néoplasme gastrique et vinrent donner raison au diagnostic hématologique.

Sans insister davantage, nous allons immédiatement relater cette observation, et nous discuterons ensuite le diagnostic différentiel.

**OBSERVATION.** — Veuve Sophie B..., 66 ans, ménagère, entre à l'hôpital, salle Sainte-Clotilde, une première fois du 10 avril au 16 mai 1898, une seconde fois du 17 juillet au 15 novembre 1898, date de sa mort.

père et sa mère sont morts à un âge avancé ; il n'existe point d'hérédité néoplasique directe, ni chez les collatéraux ; elle est mariée à 25 ans et a eu quatre

enfants qui vivent encore et sont bien portants. Elle a eu la variole à 18 ans et depuis lors n'a plus été malade.

**Histoire de la maladie.** — A la fin de l'année 1897, sans cause apparente, la malade devient dyspeptique, pâlit, perd ses forces, maigrit un peu, éprouve des palpitations et s'essouffle facilement.

A partir de février 1898, les digestions deviennent non seulement pénibles mais douloureuses. Pendant plusieurs heures après chaque repas il existe des douleurs épigastriques avec irradiations jusque dans la région dorsale. De temps à autre des vomissements alimentaires surviennent, calmant alors les phénomènes douloureux. L'anorexie se complète : la malade a particulièrement du dégoût pour les viandes, et se nourrit presque exclusivement de lait, d'œufs et de soupes. L'anémie est plus prononcée ; la malade, de son naturel peu colorée, prend maintenant une teinte paille. C'est surtout l'asthénie qui va grandissant. Très rapidement la femme, auparavant très valide, devient incapable de travailler. Elle a des essoufflements, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements qui l'empêchent de marcher. Elle doit se confiner dans la chambre et très souvent s'aliter. C'est alors qu'elle entre à l'hôpital pour la première fois (10 avril 1898).

Bien qu'ayant maigri, elle a encore un certain embonpoint : elle peut encore passer pour obèse. Ce qui frappe au premier aspect, c'est la décoloration de la peau et des muqueuses ; la malade a la teinte jaune paille caractéristique des cancéreux.

C'est la première hypothèse qui se présente à l'esprit ; et elle semble se confirmer par l'exposé des troubles gastriques subjectifs dont se plaint la patiente.

Nous avons déjà parlé de son anorexie, de ses douleurs, de ses vomissements.

Les vomissements ne sont pas réguliers : à certains moments ils se répètent plusieurs fois par jour, puis il y a des accalmies de plusieurs jours, même de plusieurs semaines. Ces vomissements sont presque toujours alimentaires ; ils ont une mauvaise odeur et renferment très peu d'acide chlorhydrique.

Les douleurs semblent plus particulièrement liées au phénomène de la digestion ; elle commencent une heure après l'ingestion du repas et se prolongent quelquefois jusque dans la soirée.

A la palpation, l'estomac semble dilaté ; il clapote le matin à jeun et il est sensible à la pression. Cependant en aucun point on ne constate d'induration ou de tuméfaction pouvant rappeler celles du cancer. Le foie a ses dimensions normales, il n'est pas débordant. Le ventre est légèrement météorisé. Il existe de la constipation.

Rien du côté du cœur ou des poumons. Cependant il faut noter des intermittences cardiaques et un léger souffle vasculaire. L'urine est habituellement assez abondante et peu colorée. Elle renferme peu d'urée, peu de chlorures, peu de phosphates, pas d'albumine ni de sucre. A de certains moments elle se fonce davantage ; on trouve alors de l'urobilin.

A cette époque le système ganglionnaire est indemne, et il n'existe pas d'œdème du tissu cellulaire.

L'examen du sang donne les résultats suivants : Globules rouges 2.500 000 (quelques formes globulaires grandes). Leucocytes 10.000 par millimètre cube.

Ces chiffres n'étant pas suffisamment démonstratifs pour identifier cette anémie, on pense avoir affaire à une anémie symptomatique d'un cancer latent de l'estomac. La malade séjourne un mois à l'hôpital et pendant tout ce temps son état reste sensiblement stationnaire.

Le 16 mai, des raisons de famille la forcent à retourner chez elle. Là, n'ayant plus le confortable ni surtout les habitudes régulières du régime hospitalier, elle voit sa maladie évoluer rapidement. Si bien qu'en juillet, n'étant plus capable de quitter le lit, elle est forcée de se faire admettre de nouveau dans le service.

On la retrouve peu amaigrie, mais plus anémiée encore et avec des teintes olivâtres. Il n'y a plus que 1.500.000 globules rouges. Les formes grandes, sont beaucoup plus nombreuses ; il existe quelques hématies géantes. Le rapport des globules blancs aux globules rouges n'a pas sensiblement changé. Les troubles gastriques sont restés les mêmes : nous n'insisterons pas.

La malade s'alimente de moins en moins, et ne prend plus que du lait et des œufs.

De juillet à novembre on assiste à une déchéance très rapidement progressive de toutes les fonctions. Nous ne ferons que noter les principaux événements qui ont marqué l'évolution de la maladie.

En août il survient des hématomés et du méléna. Vers le 9, pendant plusieurs jours, la malade vomit des matières noires, couleur de marc de café et formées de sang digéré. Les selles sont également noires pendant toute une semaine. Le 18 et le 23, nouvelles hématomés.

En septembre, on constate la présence de nombreuses taches de purpura et de petéchiées disséminées par tout le corps, mais particulièrement localisées à la face interne des bras et des jambes et sur la poitrine. Quelques épistaxis.

A la fin d'octobre, apparaissent des œdèmes cachectiques : œdèmes malléolaire et palpébral ; bouffissure de la face. L'analyse du sang faite le 25 octobre au laboratoire des cliniques, donne cette fois des résultats caractéristiques qui font penser à l'anémie pernicieuse progressive.

En effet, il n'y a plus que 800.000 globules rouges par mm. c. Les formes grandes et géantes abondent, ainsi que des formes crénelées, en fuseau ou en raquette. Il y a aussi quelques globules à noyau. Le nombre des globules blancs est tombé à 3 000 par mm.c. Les hémoblastes sont également diminués de nombre ; mais le compte exact n'en a pas été fait.

Enfin le taux en hémoglobine d'un millimètre cube de sang, mesuré à l'hémochromomètre, tout en étant fortement diminué, ne s'est pas abaissé relativement plus que le nombre des globules ; en sorte que le rapport des deux quantités est resté voisin de 1.

En novembre, des symptômes plus graves présagent d'une terminaison proche. L'œdème des membres inférieurs devient de l'anasarque qui s'étend jusqu'aux parois abdominales. La cuisse gauche est douloureuse

et est probablement le siège d'est petit, rapide, irrégulier. Il y a des vaisseaux très marqués au dans les vaisseaux du cou. L'ur tement colorée, légèrement albu des pigments anormaux ; ur hématorporphyrine.

L'examen local de l'estomac, jours dilaté, clapotant, mais il on ne sent aucune induration tème lymphatique n'est pas il quelques petits ganglions sous la région cervicale, mais ils ne caractéristiques. A partir du 8, une somnolence continuelle et Elle ne prend plus rien : l' inan est anurique. On constate l'exis multiples dans la plèvre. Le Le pouls est misérable. Finale tirer de son long sommeil, le 1. moment elle n'a présenté de pl

*Autopsie.* — L'autopsie est f mort. Le sujet est peu amaig graisse dans le tissu cellulaire. parenchymes, sont d'une pâle sent exsangues. Le sang est à pe ble à une sérosité louche et n' coagulé.

Il existe dans les séreuses vres, les méninges et le pé variable de liquide citrin : on dant d'épanchement sanguin . viscères. Le cœur a son volu parois sont amincies et les ca vides de sang. Le myocarde e molle et friable, semé de tach blent être des points de dégéné

Les valvules sont indurées tations calcaires. Elles sont suf L'aorte, et d'une façon gén artériel sont atheromateux. Il particulièrement rigides et inci caires, les artères de l'hexagone du tronc cœliaque.

Les poumons n'offrent rien infiltrés à la base. Le foie a s est pâle et à la section a l'aspec dégénérescence grasseuse asse est plutôt volumineux et paraît Les reins sont petits ; leur s diminuée d'épaisseur. Il sont e nettement sclérosés Rien à not genitaux.

L'estomac est vide. Il est flas gaz. Il ne présente pas trace à ni d'ulcération récente ou anc un peu amincies ; sa muqueus histologique appréciable ; en t comparable à la description NOTHAGEL, de la gastrite atr n'ont rien de particulier sau sanguines. Il n'y a rien d'ano

ganglionnaire. La rate n'est pas augmentée de volume. Notons enfin que la moelle des os longs, paraît congestionnée et rougeâtre.

En l'absence de lésions d'organes, le diagnostic qui s'impose ici, et que le contrôle de l'autopsie a rendu facile, est celui d'anémie pernicieuse progressive. Pendant le vivant, ce diagnostic différentiel devenait beaucoup plus difficile à faire, au moins pendant les premières périodes de la maladie. Il y a en effet un certain nombre d'autres affections qui peuvent produire des anémies extrêmes, comparables cliniquement et hématologiquement, à celle-ci. Voyons rapidement comment et jusqu'à quel point il était possible d'éliminer chacune d'elles.

Certaines formes de chlorose, par exemple, peuvent prendre une évolution maligne et réaliser l'anémie extrême ou du quatrième degré avec les mêmes altérations globulaires. Laissant de côté les théories qui veulent identifier la chlorose et l'anémie pernicieuse, et faire de l'une une conséquence ou une complication de l'autre, nous ferons remarquer que la chlorose est habituellement une maladie de l'adolescence, et qu'ici l'âge avancé de la malade (65 ans) est une raison péremptoire pour rejeter cette hypothèse.

Les hémorragies répétées, la présence dans les intestins soit du *bothriocephalus latus*, soit de l'ankylostome duodénal, la diarrhée de Cochinchine, la dysenterie, peuvent donner lieu à des anémies du quatrième degré avec toutes leurs conséquences cliniques. Dans notre observation, aucun commémoratif ne justifie l'une ou l'autre de ces hypothèses. De plus, l'examen des selles n'a rien révélé d'anormal.

La tuberculose et la leucocythémie sont aussi des es. Mais, d'une part, nous n'avons : vivant aucune manifestation ganglionnaire de la tuberculose. D'autre émie s'accompagne toujours soit nglionnaires, soit de splénomégalie, istique consiste essentiellement en considérable des leucocytes en cirang. Dans notre cas, le système resté indemne; au contraire les diminués de nombre en même ules rouges.

ncer qui réalise très souvent des tiques du dernier degré, particulièrement massif du foie (HANOT et GILBERT) stomac. Le cancer du foie pouvait

être éliminé facilement. Il n'y avait pas en effet d'hypertrophie hépatique, pas de phénomènes douloureux dans l'hypochondre droit, pas de retentissement ganglionnaire ni de retentissement sur la circulation porte, pas de troubles dans la sécrétion biliaire.

Le diagnostic d'avec le cancer de l'estomac était encore plus difficile; on peut même dire que dans notre observation, il était impossible à faire, au moins dans la première période de la maladie, tant que les modifications de la crase sanguine n'ont pas été suffisamment caractéristiques.

En effet, — et c'était précisément notre cas, — l'anémie pernicieuse progressive peut revêtir tout à fait la symptomatologie clinique du cancer gastrique, avec son hypochlorhydrie, sa dyspepsie douloureuse, ses vomissements, ses hématoméses, sa teinte paille, sa cachexie rapide, ses œdèmes ou ses thromboses marastiques. L'absence d'induration épigastrique n'est même pas une preuve suffisante puisqu'il existe des cancers latents non accessibles à la palpation.

De son côté, le cancer de l'estomac peut, au point de vue hématologique, se comporter exactement comme l'anémie pernicieuse. Ainsi on a signalé des cas (HAYEM) où le nombre des globules rouges est tombé au-dessous d'un million et où l'on trouve également des globules géants ou nucléés, des globules déformés, crénelés ou à mouvements amœboïdes.

Dans ces cas difficiles, le diagnostic n'est pas toujours possible et demande une analyse minutieuse des caractères cliniques ou hématologiques.

Au point de vue clinique, il ne faut compter souvent que sur des distinctions superficielles, comme par exemple l'amaigrissement très prononcé dans le cancer, très peu accusé dans l'anémie, les souffles vasculaires plus intenses et les hémorragies rétinien-nes plus fréquentes dans l'anémie que dans le cancer.

Au point de vue hématologique, au contraire, on arrive à des données plus précises qui permettent souvent de fixer le diagnostic. C'est qu'en effet, à côté des lésions communes aux deux maladies que nous avons énumérées plus haut, il existe des modifications sanguines plus spéciales à la maladie de BIERMER et que l'on peut regarder comme caractéristiques. Ainsi le rapport des leucocytes aux globules rouges, qui est normalement de 1/300, est fixe ou diminué dans l'anémie pernicieuse, tandis qu'il est augmenté dans le cancer comme dans la leucémie.

Les hémato blasts restent à un taux élevé dans le cancer et sont très diminués dans la maladie de BIERMER. La valeur globulaire (rapport de la richesse en hémoglobine au nombre des globules par mm. c.) est diminuée dans le carcinome (comme dans la chlorose), et au contraire égale ou augmentée dans l'anémie pernicieuse.

Enfin au point de vue de la marche des lésions : les lésions sanguines sont précoces dans l'anémie pernicieuse, l'altération sanguine suit une marche régulièrement progressive. Tandis que dans le cancer il y a au début peu de modifications, ce n'est qu'à la période ultime de cachexie que l'on constate les caractères hématologiques d'une anémie grave.

Si l'on se rapporte à l'observation précédemment décrite, on verra que ces divers petits signes de diagnostic différentiel se trouvent réunis.

Au point de vue de la pathogénie de l'anémie pernicieuse nous n'avons point à rappeler les nombreuses théories qui ont été émises. Dans notre cas particulier, rien ne vient confirmer la théorie de FENWICK, qui considère l'anémie pernicieuse comme la conséquence ou le syndrome d'une atrophie de la muqueuse stomacale. Rien non plus ne répond à la théorie infectieuse (BERNHEIM, FRANKENHAUSER, PETRONE). La maladie n'a jamais eu de fièvre; les cultures de sang sont restées stériles.

Nous avons noté à l'autopsie que la moelle des os longs était manifestement congestionnée. Ce fait semble venir à l'appui de la théorie de PEPPER qui fait de l'anémie pernicieuse l'expression d'une activité morbide de la moelle des os, reprenant ses anciennes propriétés embryonnaires d'hématopoïèse, pour suppléer aux hémato blasts diminués de nombre, imparfaits et n'arrivant plus à se transformer en hématies.

Comme fait nouveau, nous devons signaler cette forme spéciale de l'anémie pernicieuse qui a revêtu ici au complet le cortège symptomatique du cancer de l'estomac. C'est une chose bien connue que les troubles gastriques dans l'anémie pernicieuse; on peut même dire qu'ils manquent rarement. Mais ce sont le plus généralement des phénomènes de dyspepsie vague et d'anorexie sans caractères propres. Ils n'ont point la précision et l'identité symptomatique qui ont été constatés dans notre cas.

Cette spécialisation dans la symptomatologie nous donne presque le droit de distraire ce type d'anémie des formes communes et d'en faire un type clinique

spécial que nous pourrions appeler *anémie pernicieuse progressive à forme simplement à forme gastrique*.

Ce groupement clinique s'appuie sur un grand nombre d'autres observations. On a vu dans certains cas dont le diagnostic de contrôle hématologique et que l'on a peut être consulté la séméiologie gastrique comme les tumeurs accessibles à la palpation.

En ces occasions, on négli geait ou de faire soigneusement, le sang, qui pourtant fournit un diagnostic différentiel.

## Bulletin-Memento de

**Académie de Médecine.** — Dangers de la médication qu'une commission est nommée pour étudier les moyens d'en restreindre l'usage.

**Société de Chirurgie.** — TUFFIER. Les paralysies du plexus brachial dans les luxations de l'épaule.

**Société médicale des Périodes.** — Périgastrite succédant à une gastrite chronique.

— NETTER. La méningite à pneumocoque que reprend à Paris.

**Société de Biologie.** — Cultures virulentes intracutaneées.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE

Séance du 13

Présidence de MM. WER

Après la lecture du procès-verbal, qui a été très chaudement applaudie du côté de la Société pendant 1898, la séance est levée. L'installation du bureau pour 1899 commence.

### Gommes syphilitiques

M. GAUDIER expose l'observation d'un malade présentant une gomme du pharynx, dont la base est adhérente à l'amygdale droite. Cette tumeur, qui est pourtant bien caractérisée par ses



dans sa famille ensuite. S'il faut remarquer l'absence complète de ganglions dans la région cervicale, les magnifiques plaques rouges qui couvrent son corps (seins, jambes et pieds) sont nettement de nature syphilitique. L'état général de cette femme est encore satisfaisant, bien que l'ulcération ait presque mis à nu les gros vaisseaux du cou. On n'est certes pas en présence d'une lésion tuberculeuse, car on aurait une généralisation de l'infection dans les autres organes, et rien n'est à signaler de ce côté. Ce n'est pas non plus de l'actinomyose, l'analyse microscopique a en effet été négative ; pour les mêmes raisons ce n'est pas non plus de l'épithélioma, et le seul diagnostic possible est celui de gomme syphilitique, ce que l'action de l'iodure de potassium et des injections d'huile grise confirmeront bientôt d'une façon évidente, M. GAUDIER en a la conviction.

Sur la remarque de M. MOUTON, qui considère les ulcérations cutanées des seins et des pieds comme de l'ecthyma, M. GAUDIER répond que cette femme s'est infectée secondairement, n'ayant jamais protégé ses ulcérations par le moindre pansement.

M. NOQUET, après examen au miroir de la gorge de cette malade, dit : Les gommes de l'amygdale sont assez rares. J'ai eu à soigner une femme présentant les mêmes symptômes, mais à un stade moins avancé ; cette femme a rapidement guéri sous l'action de la médication hydrargyrique.

#### Le tubage du larynx dans la clientèle privée

M. CASTELAIN. — J'ai récemment reçu une lettre du docteur BONAIN, de Brest, qui me demandait de lui communiquer les résultats de ma statistique sur le

tubage des diphtériques dans la clientèle privée et sur ce mode opératoire à la trachéotomie. Il demandait en outre combien de tubes ont été rejetés, et combien de fois il y avait des fausses membranes.

En présence d'un enfant présentant des symptômes de diphtérie, le médecin doit être assez perplexe. Il hésite toujours le tubage. SEVESTRE, partisan de la trachéotomie, recommande seulement qu'un médecin peut toujours se servir du tube chez un malade ; dans tout autre cas, il faut la trachéotomie.

En face des partisans du tubage, le mode opératoire est préconisé, c'est-à-dire, en France, je n'ai plus fait

une seule trachéotomie, ce qui ne signifie pas que je n'ouvrirai jamais plus de larynx.

Sur les 42 cas que j'ai observés, presque tous l'ont été dans la classe ouvrière où, par conséquent, il ne fallait pas songer à demander la présence continuelle d'un médecin. Or, jamais cependant je n'ai vu le tube s'oblitérer par les fausses membranes et les enfants n'ont jamais succombé à l'obstruction du tube. Une fois seulement, le tube a été rejeté, ce qui est un chiffre négligeable, lorsque l'on songe que chaque enfant a été au moins tubé trois fois. Sur 150 tubages, une seule fois par conséquent le tube a été rejeté. Ce sont les résultats que j'ai communiqués à notre collègue brestois. Je reste en effet partisan du tubage dans la clientèle privée. Je serais désireux de connaître les statistiques de mes collègues sur cette matière.

M. AUSSET accepte les conclusions de M. CASTELAIN et dit : A la suite d'un nombre considérable de tubages soit en ville, soit à l'hôpital, je suis arrivé à considérer le tubage comme une opération sans inconvénient. Il m'est rarement survenu d'observer l'obstruction du tube. Mais par contre le rejet du tube est plus fréquent. On peut l'attribuer : 1° au spasme du larynx, c'est pourquoi je donne à mes petits malades quelques centigrammes de codéine par jour ; 2° à un défaut de calibrage du tube employé. En effet, la série des tubes est peu régulière et on passe brusquement des tubes pour les enfants de 2 ans aux tubes pour ceux de 3 et 4 ans, qui sont beaucoup trop grands et qui pourraient provoquer, par leur introduction, des ulcérations de la muqueuse et par suite des broncho-pneumonies fatales. Parfois aussi la trachéotomie est rendue nécessaire soit par la trop grande quantité de fausses membranes, soit encore par la présence d'un rétrécissement considérable de la trachée, empêchant l'introduction du tube, soit enfin par suite de l'existence d'une bronchite purulente. Le tubage ne permet pas l'expectoration du pus qui peut toutefois, dans la trachéotomie, s'échapper par la canule.

Et à l'appui de cette opinion, M. AUSSET cite des cas de guérison obtenus, dans le service des enfants à l'hôpital de Bordeaux qu'il fréquentait, par la trachéotomie, tandis qu'il ne connaît pas de diphtériques tubés, guérissant de bronchite putride. Malgré ces inconvénients, M. AUSSET estime que le tubage doit être accepté de préférence à la trachéotomie ; on agit en effet beaucoup plus vite, plus facilement.





qu'utile, en ouvrant de nouvelles portes à l'infection. Il vaut mieux avoir recours à l'application de chlorure de zinc (20 à 30 %), ou de teinture d'iode pure, ou de phénol iodé portés dans l'utérus à travers un spéculum cylindrique. Les débris tombés dans le vagin sont alors entrainés au dehors par une irrigation d'eau stérilisée et la cavité utérine est tamponnée avec de la gaze iodoformée pendant 48 heures ou plus, pourvu qu'il n'y ait ni frisson, ni élévation de température. Les irrigations intra-utérines seront alors nécessaires pendant quelques jours. Si l'utérus est extrêmement vide et ne contient aucun corps septique, le pouls et la température restant élevés, on a recours à l'irrigation continue. Les lésions vaginales ou périnéales infectées seront touchées avec une solution saturée de permanganate de potasse ou de chlorure de zinc à 25 %.

Le traitement médical ne donne pas de résultats. Les fortes doses de quinine ne font qu'influencer momentanément la température. Elles n'ont aucune influence sur les agents infectieux. L'antipyrine, la phénacétine, n'abaissent que temporairement la température et n'ont comme utilité que de donner un bien-être momentané. Elles masquent la fièvre et dépriment le cœur. C'est pour combattre cette dépression cardiaque que l'auteur combine la phénacétine avec la caféine.

MUNDE recommande enfin le sérum antistreptococcique après en avoir usé dans trois cas désespérés, après l'échec des autres traitements. Trois à six injections furent faites, à des intervalles variant de quatre à douze heures.

Dr M. O.

## VARIÉTÉS

### Legs d'un végétarien

Le professeur BARON (de Bonn) avait légué une somme de 470.000 marks à la ville de Berlin, à la charge pour celle-ci où le régime serait exclusivement médecins, la municipalité de Berlin (*Lyon médical*).

## PROFESSIONNELS

Il est conféré le grade de x étudiants en médecine rapux pour compléter la durée de

laire ministérielle relative à cette

sine dispensés de l'article 23 de la  
ant perdu le droit à la dispense ou

renoncé volontairement au bénéfice de cette dispense, sont appelés, en qualité de soldats ou de sous-officiers, pour accomplir deux années complémentaires de service actif, peuvent être nommés au grade de médecin auxiliaire, pendant leur séjour sous les drapeaux, conformément aux dispositions arrêtées ci-après, s'ils possèdent au moins douze inscriptions valables pour le doctorat en médecine.

» Ces étudiants en médecine sont signalés sans retard par les commandants de recrutement intéressés, au directeur du service de santé du corps d'armée, qui les invite à subir, dans un délai maximum de deux mois, l'examen d'aptitude exigé des candidats au grade de médecin auxiliaire par le décret du 6 avril 1888.

» Le directeur du service de santé provoque, à cet effet, la réunion d'une commission spéciale, dont les membres sont choisis et désignés, conformément aux prescriptions de l'article 19 du règlement du 6 avril 1888 (Médecins auxiliaires).

» Les étudiants en médecine reçus à l'examen et remplissant, d'ailleurs, les conditions d'honorabilité requises pour l'obtention du grade de médecin auxiliaire, sont nommés immédiatement à ce grade par le directeur du service de santé du corps d'armée, et reçoivent, conformément aux dispositions de la décision présidentielle du 31 juillet 1897, l'indemnité de première mise d'équipement (300 fr.), allouée par le tarif n° 22, annexé au décret du 27 décembre 1890 pour les sous-officiers promus adjudants-élèves d'administration.

» En cas d'échec à cet examen, les étudiants en médecine seront autorisés à se présenter ultérieurement devant les commissions constituées annuellement pour l'application des articles 18 et 19 du règlement précité du 6 avril 1888; sauf le cas d'indignité professionnelle ou de mauvaise conduite sous les drapeaux, ils seront nommés au grade de médecin auxiliaire par le directeur de santé du corps d'armée, s'ils obtiennent le certificat d'aptitude nécessaire, et si leur nomination peut avoir lieu au moins trois mois avant leur libération définitive du service actif; mais les médecins auxiliaires nommés dans ces conditions n'auront pas droit à l'indemnité de 350 fr. pour première mise d'équipement; ils recevront, par les soins du corps ou de la section d'affectation, une tenue de sous-officier, à laquelle seront apportées les modifications prescrites par l'article 16 du règlement du 6 avril 1888. (Médecins auxiliaires).

» Les étudiants en médecine dispensés de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, appelés à l'activité pour deux années, en qualité de soldats ou de sous-officiers et nommés au grade de médecin auxiliaire pendant leur séjour sous les drapeaux, sont toujours signalés par le directeur du service de santé du corps d'armée au ministre de la guerre (7<sup>e</sup> direction), qui les affecte, suivant les besoins, aux corps de troupes ou aux hôpitaux militaires. »

## BIBLIOGRAPHIE

**Clinique Obstétricale**, par ADOLPHE PINARD, professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté, Membre de l'Académie de Médecine, Accoucheur des Hôpitaux (G. Steinheil, éditeur, Paris).

Il est difficile, sinon impossible, de rendre compte d'un

volume où sont réunies des leçons cliniques traitant de sujets très variés. Aussi me contenterai-je de dire ici l'impression que m'a laissée la lecture des leçons, des conférences et des communications que M. le Professeur PINARD vient de réunir et de publier.

Il serait trop long, en effet, d'analyser l'un après l'autre tous les chapitres de ce volume, mais nous tenons, cependant, à signaler ceux auxquels l'auteur a donné le plus de développements.

Au premier rang, se placent les leçons qui ont trait aux deux sujets favoris du Professeur PINARD, aux deux questions qu'il a étudiées avec une rigoureuse méthode et une infatigable persévérance : *Les Hémorragies par insertion vicieuse du placenta et la Symphyséotomie.*

Dans ces leçons, les faits sont accumulés permettant de juger sur des documents *précis et complets*, ne laissant pas place aux discussions oiseuses trop souvent égarées sur des questions de mots.

Les quatre leçons consacrées à l'insertion vicieuse du placenta sont la meilleure et la plus complète démonstration du rôle thérapeutique de la rupture large des membranes et de l'importance qu'acquiert, comme complément de la méthode, l'emploi judicieux du ballon de CHAMPETIER DE RIBES.

Quant aux leçons sur la symphyséotomie, elles permettent de suivre l'histoire moderne de cette opération, d'assister à sa renaissance en France, de se rendre compte de l'évolution qu'elle a subie à la clinique BAUDELOQUE depuis 1892. Le lecteur y trouvera une discussion très complète des arguments pour et contre la symphyséotomie. Il y trouvera aussi toutes les observations recueillies à ce sujet à la clinique BAUDELOQUE et une *statistique intégrale* des accouchements dans les bassins viciés qui éclaire d'une vive lumière une question que certaines discussions avaient singulièrement obscurcie.

Bien d'autres chapitres présentent un intérêt considérable et je regrette vivement de ne pouvoir que signaler ici les plus importants : *L'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité. L'hémorragie par décollement du placenta normalement inséré. Les leçons sur la grossesse ectopique. Le cancer de l'utérus pendant la grossesse*, etc.

Mais M. PINARD n'a pas voulu se renfermer dans le pur enseignement de la clinique obstétricale.

Le savant est doublé d'un homme et cet homme a souffert des misères qui, quotidiennement, défilent sous ses yeux. Il a voulu y remédier dans la mesure du possible, et, animé d'un sentiment profond de la vraie solidarité sociale, il s'est dévoué à l'œuvre d'assistance des mères et des enfants. Les pages qu'il a consacrées à l'assistance des femmes enceintes, à la *périculture intra-utérine*, celles où il proclame le droit de l'enfant au sein de sa mère, sont parmi les plus émouvantes qu'on puisse lire.

Ce livre, on le voit, est tout rempli de faits. Tous ceux qui s'intéressent à l'obstétrique le liront avec fruit. Tous ceux que l'étude a menés dans les milieux de misère et de désespoir y trouveront des pages animées des plus généreux sentiments et toutes vibrantes d'un large esprit d'humanité.

Dr M. O.

## NOUVEL

La réorganisa  
de santé milita  
accompli depuis  
hensions de l'  
LOCKROY, minist  
inaperçu ; les j  
la *Gazette des hô*  
y renvoyons noi  
est trop long p  
partie.

### UNI

Le professeur  
a été nommé, l  
Société de biol  
notre collaborat

— Par arrêté  
M. MORELLE, pr  
à la 3<sup>me</sup> classe d

— M. le docte  
a été chargé, p  
mort du regrette  
de pharmacie  
applaudira à ce

— M. le doct  
logic, a été nor  
des bureaux de  
de feu le profes  
ancien collègue

— Nous appr  
de santé du 1<sup>er</sup>  
1<sup>re</sup> classe GENTH  
cin en chef à l'é  
sons nos souhai  
arriver à Lille a

### I

Ont été faits  
les docteurs R  
BORDAS, sous-di

M. le médecin  
du Val-de-Grâce

— M. le mé  
teur de l'école

Nous avons l  
de MM. les do  
GARS, de Saint-  
(Calvados) ; Sa

Nous devons

DARESTE DE  
succédant  
est mort  
les hautes-  
professeur  
tance, ont

CAZENEUVE,  
médecine,  
ir BARROIS,  
u trésorier  
Université  
honneurs

UE

, il semble  
iques d'une  
appréciation  
ut physiolo-  
seul, comme  
substances  
e cas de la  
kola ont été  
aceutiques ;  
as aidée par  
sont là que  
on nerveuse  
es agents de  
ndre que la  
érapéutique  
ieux résult-  
ante de l'or-  
s mêmes qui  
tement assi-  
que M. PAN-  
te de chaux  
a coca et du  
physiologie  
la nutrition  
de libre que  
mps déjà et  
ment consti-

ré aux mala-  
lébilité, etc.  
de qu'il const  
complète-  
antiseptique  
ons dyspep-  
rt des vins  
les fonctions  
igneusement  
reuses indi-

# Statistique de l'Office sanitaire de Lille

52<sup>e</sup> SEMAINE DU 25 AU 31 DÉCEMBRE 1898

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		7	6
3 mois à un an . . . . .		5	9
1 an à 2 ans . . . . .		1	1
2 à 5 ans . . . . .		4	8
5 à 10 ans . . . . .		2	»
10 à 20 ans . . . . .		1	1
20 à 40 ans . . . . .		5	5
40 à 60 ans . . . . .		4	7
60 à 80 ans . . . . .		8	7
80 ans et au-dessus . . . . .		3	3
Total . . . . .		40	47

NAISSANCES par quartier		6	11	12	23	12	11	6	6	21	2	12	122
TOTAL des DÉCÈS		3	13	5	21	12	6	40	4	8	1	4	87
Autres causes de décès		»	4	»	5	7	3	4	22	1	1	3	30
Homicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide		»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Accident		1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3
Autres tuberculeuses		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse		1	»	»	3	»	»	»	»	»	1	»	4
Pneumonie pulmonaire		»	2	1	4	1	2	»	1	»	»	»	11
Diarrhées et entérites	plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	moins de 2 ans	»	1	1	4	»	3	»	»	»	1	»	11
Maladies organiques du cœur		»	»	1	1	1	»	»	»	»	1	»	4
Bronchite et pneumonie		1	4	1	2	2	»	3	»	1	»	»	14
Apoplexie cérébrale		»	»	1	1	1	»	»	1	»	»	»	4
Autres		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphthérie		»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2
Fèvre typhoïde		»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1
Scarlatine		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Varicelle		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 hab.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total.
	6	11	12	23	12	11	6	6	21	2	12	122



poussée très doucement jusqu'au fond de l'organe qu'elle reconnaît, puis elle est ramenée du fond vers le col en suivant l'une des faces, sur laquelle elle exerce une légère pression.

Cette manœuvre est répétée deux ou trois fois, de façon à ce que l'opérateur se rende un compte exact des dimensions de l'utérus et de la résistance de ses parois. Il faut alors appuyer plus fortement le bord de la cuiller de la curette sur les parties à gratter ; mais ce curettage ne doit se faire que dans le mouvement de descente de l'instrument et non dans celui d'ascension vers le fond de l'utérus. Celui-ci doit toujours être lent et prudent. Ce n'est pas en curettant qu'on est exposé à perforer l'utérus, c'est en poussant la curette vers le fond de cet organe avec une force trop considérable par rapport à la résistance de ses parois. « Il faut, dit M. GAULARD, procéder avec toute la prudence et la douceur nécessaires, ce qui n'exclut pas la fermeté ; mais il faut éviter la brutalité. »

Nous n'insistons sur l'importance d'un curettage complet de tous les points de l'utérus que pour rappeler que, en raison du ramollissement des parois de cet organe, il ne faut pas se baser sur la constatation du cri utérin, qui fait presque toujours défaut.

Le curettage étant terminé, une nouvelle injection enlève les débris qui ont pu rester dans l'utérus. Nous avons ensuite l'habitude de toucher la muqueuse utérine avec un tampon imbibé de teinture d'iode ou de glycérine créosotée au tiers ; cette manœuvre est surtout indiquée quand il existe de l'infection ; mais, en dehors de ces cas, elle ne nous semble pas inutile, car elle contribue à la désinfection d'un organe rarement aseptique dans les conditions que nous étudions. Quand au drainage de l'utérus, nous ne l'employons que dans le cas d'infection, pour faciliter l'écoulement des liquides. Le tube de caoutchouc rigide de gros calibre et percé de nombreux trous, est bien préférable à la gaze qui trop souvent agit à la manière d'un tampon et facilite la rétention.

Ainsi pratiqué, le curettage de l'utérus pour rétention placentaire ne nous a jamais donné le moindre accident. Nous n'avons observé ni les hémorragies formidables que beaucoup d'auteurs ont signalées, ni la perforation de l'utérus qui, en somme, est presque toujours due à une faute opératoire.

Les résultats de nos interventions ont été excellents. Les métrorrhagies ont toujours cessé et ne se sont pas reproduites. Dans deux cas seulement l'écoulement

sanguin a reparu peu abondant pendant quelques heures (obs. X) ou pendant deux jours (obs. XI), puis a disparu définitivement. Dans ceux où l'état général était très mauvais avant l'opération en raison des pertes sanguines ou de l'infection, l'amélioration fut toujours rapide (obs. II, XV, XVI). Les phénomènes locaux d'infection disparurent aussi, sauf dans l'obs. I, où l'on dut secondairement pratiquer une amputation du col.

Quand l'infection est ancienne et intense, le curettage n'est pas toujours suivi de résultats aussi heureux. Dans certains cas d'infection puerpérale de l'utérus, que nous n'avons pas relatés ici parce que l'existence de la rétention placentaire était douteuse, nous avons vu la mort survenir malgré le curettage et les injections intra-utérines répétées. Ce sont là des cas presque désespérés ; et cependant le curettage est susceptible d'amener des guérisons sur lesquelles on ne comptait guère. En dehors de l'hystérectomie, dont les indications sont encore très discutées, le curettage accompagné et suivi de lavages abondants de la cavité utérine représente la seule intervention vraiment efficace dans ces circonstances.

De cette courte étude nous concluons que le curettage fait pour rétention placentaire complète ou incomplète, avec ou sans infection, est une opération très efficace, simple, bénigne, si elle est pratiquée dans de bonnes conditions d'asepsie et suivant les règles que nous avons rappelées. C'est l'opération qui nous semble la plus rationnelle en présence d'une rétention placentaire quelle qu'elle soit. Le curage digital peut lui être utilement combiné, mais il ne doit le remplacer que dans des cas exceptionnels.

#### OBSERVATIONS (1)

**OBSERVATION I.** — D..., 27 ans. Menstruation régulière ; premier accouchement à 20 ans ; avortement de cinq mois, à 24 ans ; deuxième accouchement à 25 ans ; avortement de cinq mois, à 26 ans, suivi de métrorrhagies abondantes.

Le 21 février 1897, avortement de trois mois et demi, suivi de métrorrhagies abondantes et fétides. 23 février, on sent tout le placenta engagé dans le col dilaté. Sous chloroforme on l'enlève avec les doigts, qu'on introduit facilement dans l'utérus. Le placenta est très adhérent à la face postérieure de l'utérus, immédiatement au-dessus de l'orifice interne du col. On l'arrache par morceaux, puis on curette son point d'insertion. On sent l'utérus se contracter nettement. Attouchement de la muqueuse utérine à la teinture

d'iode. Drain placé dans l'utérus. Les métrorrhagies cessent. Mais, en raison de la purulence, de l'existence d'un foyer, on fait un nouveau curettage et suivant la méthode de Schœffer. Intervention, la leucorrhée persiste mais ne disparaît pas complètement. Gros et un peu douloureux.

**OBSERVATION II.** — Gr..., chement normal il y a sept ans dernières règles. Le 3 septembre cette époque, métrorrhagies copieuses, état général mauvais, vièvre, accusée. Apyrexie. Pas de curettage, extraction d'un placenta très simples apyrétiques. 31 octobre, sortie. Etat excellent.

**OBSERVATION III.** — R..., accouchement, puis quatre ans de trois mois et demi, le 16 avril le cordon n'ont pas été expulsés. Métrorrhagies peu abondantes. 24 août, col entr'ouvert, flexion, s'élève à quatre travers de pubis. 25, 26 et 27 août, dilaté. 28 août, curettage ; extraction des métrorrhagies.

**OBSERVATION IV.** — W..., Avortement de six mois, le 2 août complète du placenta. 1<sup>er</sup> mai de tout le placenta. L'utérus même. Attouchement de la muqueuse à la teinture d'iode. Suites simples.

**OBSERVATION V.** — Al..., commerce. Accouchement à six mois. Avortement de six mois. Curettages consécutifs. Dernier le 16 avril, apparition de douleurs abdominales. On trouve l'utérus un peu augmenté. Curettage et attouchement de la muqueuse avec un tampon imbibé de teinture d'iode. Suites simples, apyrétiques. Disparition des métrorrhagies.

**OBSERVATION VI.** — C..., 2<sup>e</sup> accouchement le 23 février 1897. Des métrorrhagies continues, mais peu de douleurs abdominales, apyrexie. Ramène quelques débris de placenta. Sortie le 13 mai. Les métrorrhagies ne se sont pas

**OBSERVATION VII.** — C..., toujours régulière. Trois accouchements et quelques douleurs abdominales. 7 juin 1896. Le 14 juillet, métrorrhagies jusqu'au 25 août ; parfois ab-

(1) Ces curettages ont été faits à l'hôpital Saint Antoine, dans le service de notre maître, M. le docteur Ch. Monod, qui a bien voulu nous les confier.

Bon état général. 29 et 30 août, saignements. 31 août, curetage, extraction de débris membranés. Attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. 5 septembre, la malade sortit de l'hôpital. Les règles ne se sont pas reproduites.

— D..., 19 ans. Le 5 mars 1897, accouchement normal. Depuis cette époque règles régulières. 8 mars, l'utérus est un peu augmenté de volume. Entre les lèvres du col on connaît l'existence d'une sorte de tumeur. Curetage sans anesthésie, extraction de débris membranés; attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. Longueur de l'utérus neuf centimètres. Suites très simples. 30 mars, règles abondantes, non douloureuses, aucune douleur, pas de pertes.

— D..., 31 ans, journalière. Premièrement, il y a treize ans. Suites très simples, pleurésie purulente, érysipèle. Après l'accouchement, elle devient de nouveau enceinte. Suites de ces accouchements furent normales. Suite d'un avortement de cinq mois, elle produisit que le septième jour, l'accouchement normal. Le 13 janvier 1897, à trois mois et demi environ, l'écoulement expulsé par morceaux, quatre jours après cette époque métrorrhagies continues. 20 février, le col est entr'ouvert. L'écoulement en antéflexion, remonte à deux centimètres au-dessus du pubis. 11, 12 et 13 février, la lamine. 15 février, curetage. L'écoulement ne se reproduit pas. 28 février, elle sort de l'hôpital. 1<sup>er</sup> octobre, douleurs continues pendant plusieurs mois, plus vives depuis l'écoulement de pertes de sang. On constate un salpingite double.

— B..., journalière. Quatre accouchements en 1897, avortement de deux mois, règles continues, pas de douleurs. Dilatation à la lamine. 27 février, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. 5 mars, jour où la malade se lève. 15 mars, écoulement d'un peu de sang pendant plusieurs jours, toute perte de sang est abondante et un peu douloureuse. L'existence, déjà reconnue à l'époque, d'une salpingite gauche, peu douloureuse.

— B..., 29 ans, sans profession. À huit ans. Puis trois avortements; à trois mois environ, le 14 janvier 1897. Suites simples, métrorrhagies continues, non fétides. Col utérin légèrement rétréci, la pulpe de l'index. Corps simple, dilatation extemporanée du col. Extraction de débris membranés. Attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. Longueur de la cavité utérine, huit centimètres

et demi. 3 avril, les pertes rouges ont reparu les 20 et 21 mars, puis ont complètement cessé.

OBSERVATION XII. — S..., 19 ans, domestique. Menstruation irrégulière. Absence de règles de novembre 1896 à fin janvier 1897. Depuis la fin de janvier 1897, métrorrhagies continues; quelques légères douleurs abdominales à droite. Le toucher vaginal ne découvre rien d'anormal. 25, 26 et 27 février, dilatation à la lamine. 1<sup>er</sup> mars, curetage, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. 10 mars, les métrorrhagies ne se sont pas reproduites.

OBSERVATION XIII. — S..., 31 ans, giletière. Trois accouchements à terme et un avortement de trois mois. Depuis trois mois, époque du dernier accouchement, métrorrhagies non fétides et apyrexie. Col utérin un peu gros, déchiré à gauche, corps en antéflexion mobile. 19, 20, 21, 22 et 23 février, dilatation à la lamine. 24 février, curetage, extraction de débris membranés, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode. 8 mars, les métrorrhagies ne se sont pas reproduites.

OBSERVATION XIV. — A..., infirmière. 23 ans. Accouchement normal en 1893. Avortement de trois mois et demi en 1896; suites normales. Le 8 avril 1897 après un retard de règles de huit jours, métrorrhagie abondante qui a persisté depuis cette époque et a augmenté d'abondance. 14 avril, température axillaire 39°, ventre indolore à la palpation. Nombreux caillots dans le vagin, col ramolli et entr'ouvert, injections vaginales. Le lendemain température 39°. 16 avril, on extrait du vagin un placenta incomplet. Sous chloroforme, curetage et extraction de débris placentaires, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode, longueur de l'utérus neuf centimètres. 16 avril soir, température axillaire 39°. Puis apyrexie et suites normales, disparition complète des métrorrhagies. Mai 1898, menstruation régulière, utérus en excellent état.

OBSERVATION XV. — B..., 29 ans, journalière. Trois accouchements. Le dernier, il y a trois ans, fut suivi de phénomènes d'inflammation salpingo-ovarienne qui disparurent par le traitement médical. Le 15 mars 1897, avortement de deux mois et demi, suivi de métrorrhagies intermittentes avec expulsion de débris de membranes et de pus. 9 avril, pas de douleurs spontanées; mais le ventre est sensible à la pression, grande faiblesse, col entr'ouvert. 12 avril, curetage; extraction d'un morceau du placenta gangrené en partie, la muqueuse utérine est très friable et la curette en arrache des lambeaux, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode, drain placé dans la cavité utérine. Suites simples, amélioration rapide de l'état général. Disparition complète des métrorrhagies. Sortie le 22 avril.

OBSERVATION XVI. — V..., 32 ans, couturière. Accouchement en 1893. Avortement de quatre mois en mai 1896. Le 14 août 1896, les règles viennent avec douze jours de retard. Depuis cette époque, métrorrhagies avec quelques douleurs abdominales. 16 septembre,

anémie très marquée, visage pâle, lèvres décolorées. Température vaginale 38°5. Ventre un peu ballonné et légèrement douloureux à la pression. 17 septembre, curetage; extraction de quelques débris membraneux, attouchement de la muqueuse utérine à la teinture d'iode, drain placé dans l'utérus. 18 septembre, ventre encore ballonné, mais non douloureux, apyrexie, quinquina, champagne; purgatif salin. Le soir, injection intra-utérine abondante à l'oxycyanure de mercure, l'état général s'améliore ensuite rapidement, le ballonnement du ventre disparaît. 10 novembre, les règles sont normales, excellent état local, aucune douleur, santé excellente.

## FAITS CLINIQUES

### PURPURA FULMINANS

chez un enfant de 18 mois, arrivé à la période cachectique d'une gastro-entérite chronique

Par le Dr E. Ausset,

agréé, chargé de la Clinique des maladies des Enfants à l'Université de Lille.

Le 18 novembre dernier, entré dans mon service un bébé, âgé de 18 mois, L... Jules, pour des vomissements incessants, de la diarrhée, et un état cachectique déjà assez avancé.

Je n'ai pu avoir aucun renseignement précis sur ses antécédents héréditaires. Pour lui, c'est un enfant élevé au biberon sans aucune espèce de réglementation, alimenté de bonne heure aux soupes et à la bière, et qui porte des tares rachitiques très accentuées.

Il vomit depuis 15 jours, nous dit la mère, il ne peut supporter le moindre aliment, même de faibles quantités de lait, aussi a-t-il considérablement maigri. Il a aussi de la diarrhée, mais pas en très grande abondance, 3 ou 4 selles par jour, molles, jaunes, et teintées, par places, par de la bile.

La température, le 18 au soir, est de 37°5, le poids de l'enfant est de 7 kil. 400 gr.

J'institue la diète hydrique (Eau de Vals toutes les deux heures) et le calomel à doses réfractées.

Jusqu'au 27 novembre, la température est normale, ne dépassant pas 37°5. L'enfant tolère très bien sa diète hydrique, mais dès qu'on veut lui donner autre chose, même quelques cuillerées de lait mélangé avec son eau de Vals, les vomissements réapparaissent.

Le 27 au soir, la température monte à 40°. Je n'ai trouvé nulle part l'explication de cette ascension brusque d'une température normale le matin (rien aux poumons, la diarrhée a plutôt diminué, pas de pyodermite, rien dans la gorge).

Le 28, le poids de l'enfant est de 6 kil. 700. La température est de 38°4 le matin, 38°8 le soir.



tion de nos résultats par l'invasion microbienne du sang pendant l'agonie.

L'enfant succombe à 10 heures du matin.

L'autopsie a été pratiquée exactement 24 heures après la mort. Mais je dois dire qu'*aussitôt* la mort j'ai fait prélever aseptiquement du sang dans le cœur; on a fait desensemencements (en milieux aérobies seulement), rien n'a poussé.

Les taches ecchymotiques ont augmenté après la mort, et le petit piqueté, à peine perceptible sur le thorax pendant la vie, est maintenant très net, il existe des deux côtés; à la partie interne des deux cuisses, il est également très marqué.

A l'ouverture du thorax nous trouvons un peu de congestion agonique des parties déclives des poumons.

Tout à fait au sommet du poumon droit, nous notons un petit nodule tuberculeux de la dimension d'un gros pois, et qui semble n'avoir altéré en rien les zones environnantes. Il y a quelques ganglions bronchiques hypertrophiés, durs, présentant un commencement de dégénérescence caséuse, et au niveau desquels nous avons pu déceler le bacille de Koch. Mais, en somme, toutes ces lésions sont très limitées, très localisées, et incontestablement ce ne sont pas elles qui ont pu conduire notre enfant à l'état cachectique dans lequel il était lors de son entrée dans le service.

Le cœur est pâle, teinte feuille morte, mou, évidemment en dégénérescence myocardique. Les valvules sont saines.

Dans l'abdomen le foie est mou, en voie de dégénérescence graisseuse. La rate n'est pas grosse et semble normale.

L'estomac possède une muqueuse qui semble plus épaisse et plus mamelonnée qu'à l'état normal; il existe de petites stries congestives au niveau des parties mamelonnées, mais il n'y a pas trace d'hémorragies ni d'érosions.

L'intestin grêle mesure 4m60 et le gros intestin 0m85. La longueur totale de l'enfant est de 0m73. En somme la longueur de l'intestin est de près de 8 fois celle de son corps, au lieu de 6 fois, chiffre normal. Il y a un allongement très notable du tube intestinal.

D'autre part, le gros intestin est très distendu; l'intestin grêle n'est que peu dilaté.

La muqueuse intestinale est rouge par places, et vers la fin de l'intestin grêle on voit que les follicules clos sont très saillants. Sur toute la longueur du gros intestin et particulièrement au niveau du côlon, la muqueuse est recouverte de mucus qui, une fois enlevé, montre un grand nombre de petites ulcérations folliculeuses dont les plus grosses ne dépassent pas la dimension d'une tête d'épingle. L'examen microscopique n'a pas été fait.

Les ganglions mésentériques ne sont pas notablement hypertrophiés.

L'ouverture de la boîte crânienne montre que les méninges et l'encéphale sont sains; il y a seulement un peu d'œdème cérébral d'origine agonique.

Enfin nous avons disséqué les vaisseaux du membre supérieur droit en partant de l'artère axillaire jusqu'au poignet: artères et veines étaient parfaitement perméables.

En résumé, voilà un enfant atteint de gastro-entérite chronique arrivé à une période de cachexie intestinale très avancée, sur laquelle s'était greffée une infection subaiguë (vomissements et diarrhée depuis un mois), mais dont l'état, quoique des plus graves, ne semblait pas devoir amener une mort aussi foudroyante. A quoi est due cette mort rapide, comment expliquer ces manifestations purpuriques, décrites plus haut, qui sont évidemment l'expression symptomatique des causes qui ont amené la mort rapide? Voilà ce qu'il nous faut examiner maintenant.

GUELLIOT (1), en 1884, a publié 3 cas de purpura infectieux foudroyant, ayant évolué en 14, 15 et 20 heures, et ayant amené la mort des sujets dans ce très court laps de temps.

HÉNOCH (2), en 1886, a relaté des cas analogues; HERVÉ (3), GIBBONS, OLLIVIER, HÉRARD ont également noté des morts presque aussi rapides avec le même tableau symptomatique.

Nous avons trouvé aussi une observation de LOMBARD, de Genève, où l'enfant, relativement bien portant, fut pris tout à coup, au milieu de la nuit, de vomissements et de diarrhée, en même temps qu'apparaissaient de véritables hémorragies sous-cutanées. La mort survint en 8 heures.

Chez notre enfant on ne peut songer à autre chose qu'à un purpura. En effet, il ne peut s'agir d'une oblitération vasculaire, d'abord à cause de la généralisation des accidents hémorragiques sous-cutanés, ensuite parce que nous avons vu évoluer cette grande tache ecchymotique qui a commencé par un pointillé hémorragique et qui s'est constituée par la confluence de ces petites taches punctiformes. Au reste, comme nous l'avons dit plus haut, l'examen du système vasculaire a été fait très minutieusement et nous n'avons rien trouvé.

Il s'agit donc bien d'un purpura et d'un purpura infectieux ou toxique au plus haut chef.

Quelle est la cause de ce purpura? On aurait pu songer à un empoisonnement suraigu par le phosphore, l'oxyde de carbone, le chloral, l'iodure de potassium. Mais nous ne pouvons nous arrêter un instant à ce diagnostic, l'enfant n'ayant rien pris de tout cela, d'autant que si ces substances portent leur action sur le sang elles produisent

(1) Union médicale du Nord-Est, février 1884.

(2) Soc. de Méd. de Berlin.

(3) Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1888.

un tableau symptomatique qui diffère par bien des points de celui que nous avons observé.

Il ne s'agit pas non plus d'une forme foudroyante de la variole ou de la scarlatine. L'enfant n'a été soumis à aucun contact suspect de ce côté là pendant les 15 jours qu'il a passés dans le service et ces maladies ne mettent pas un temps si long à incuber. D'ailleurs notre malade avait été vacciné avec succès, et la scarlatine hémorrhagique présente un piqueté plus discret, outre que la fièvre atteint alors à des hauteurs énormes que n'a pas atteintes notre enfant.

Il me paraît bien plus rationnel de rattacher ces accidents hémorrhagiques à l'infection subaiguë qui s'était greffée sur l'entérite chronique dont était atteinte notre malade.

Cet enfant vomissait, avait de la diarrhée et maigrissait à vue d'œil. Il présentait le type de ces enfants atteints d'infections digestives subaiguës qui évoluent sans fièvre ou avec une température très modérée et qui conduisent malgré cela les enfants à la mort, surtout lorsque les accidents se produisent sur un terrain déjà très débilité.

D'ailleurs le purpura est une complication notée par tous les auteurs dans les infections digestives graves. Certes il est extrêmement rare d'observer une forme aussi foudroyante, et je ne puis l'expliquer que par une virulence toute particulière du microbe en cause ou par un affaïssissement exceptionnel du terrain. Je regrette, encore une fois, de ne pas avoir pu cultiver le sang de mon malade; j'ai seulement ensemencé du sang du cœur, prélevé aussitôt la mort, en bouillon et sur gelose. J'ai déjà dit qu'il n'a rien poussé. Mais cela ne prouve pas que ce sang était stérile. Il aurait fallu faire un examen plus détaillé, des ensemencements plus larges, sur divers milieux, et aussi en cultures anaérobies.

Mais, au reste, qu'importe ici l'espèce du microbe coupable ?

Il nous paraît suffisant, au point de vue clinique, d'avoir signalé ce cas si curieux de purpura foudroyant, décrit pour la première fois par GUILLIOT, en 1884, bien que l'auteur allemand HEMOCH s'en attribue la première description en 1886.

**Hernie de la vessie rencontrée au cours d'une kélotomie, en même temps qu'un sac déshabité et une entéro-épilocèle,**

PAR MM.

L. Dubar,

Professeur de clinique chirurgicale,

ET

G. Potel,

Chef de clinique.

MM. DUBAR et MASSET ont publié ici même, en 1897, deux cas intéressants de hernie vésicale rencontrée

inopinément au cours d'une kélotomie inguinale.

Nous venons de publier dans le Bulletin de la Société médicale de l'hôpital de Lille, un cas de hernie de même nature.

L'intervention chirurgicale a été faite car la portion herniée était volumineuse.

1° Un sac déshabité.

2° Un sac contenant une entéro-épilocèle.

3° Une portion de vessie.

Ces trois parties ont été séparées, à tel point que la hernie fut ouverte. Les parties étaient bénignes.

Voici l'observation.

Julien D..., 60 ans, service de M. le Dr Dubar, hernie inguinale droite, vient nous demander à travailler.

Jusqu'à l'âge de 40 ans, il n'a jamais eu de hernie. La hernie est apparue un peu violent, à la région inguinale droite. La hernie a augmenté de volume. La hernie a fait que le malade ne pouvait plus travailler.

Il ne se préoccupe pas de la hernie lorsqu'il y a un peu de gêne et très accusées. Il ne se préoccupe pas de la hernie lorsqu'il y a un peu de gêne et très accusées. Il ne se préoccupe pas de la hernie lorsqu'il y a un peu de gêne et très accusées.

A l'examen, on trouve la région inguinale droite augmentée de volume, orange, peu douloureuse.

Un fait, assez inhabituel, est que la hernie ne descend pas de la région inguinale au-dessus du pubis. La tumeur diminue de volume lorsqu'on fait diminuer la tumeur.

M. DUBAR propose une intervention radicale qui est faite le 15 novembre 1898.

Une incision de 2 cm. de haut en bas est faite à la paroi antérieure du sac sous-jacente. Cellule pédiculaire, volumineuse. L'aponévrose du sac est encore en ce point. L'anneau inguinal est entouré par le cordon et du transverse du cordon dissociés. Puis on trouve un

nal. Il est isolé  
trois épaisses.  
belle cicatrice  
L'oblitération

le tiers de la  
nal.  
de lui, dans le  
id sac, petit, à  
page une anse  
quelques pincés

ente aux deux  
la dissection,  
jet de liquide  
introduit dans  
le sonde intro-

it suturée sur  
ond rapproche  
épaisseur. Un  
fibres muscu-

l'abdomen et  
aque effort que  
duit. M. DUBAR  
l'anse intesti-  
e. Oblitération  
déshabité et le  
re. Sutures des  
sutures super-  
ent iodoformé.  
ron cinquante  
e laisse pas de

umatisme, ont  
'a pas dépassé  
l'intervention,  
malade a tou-  
par première  
nvier 1899.

ues réflexions

is avoir jamais  
c oblitéré à son  
venir que par  
uxquelles il se  
ient par le fait  
e dans le canal  
collet herniaire

tard sa sortie  
qu'à des acci-  
s tout d'abord  
de la miction.  
parfois de dou-  
vailler. Ce n'est

qu'après l'opération, poussé par nos questions pres-  
santes, qu'après nous avoir encore répondu qu'il uri-  
nait normalement, qu'il finit encore par nous raconter  
à peu près ce qui suit: il y a un an seraient apparus des  
troubles du côté de la miction qui coïncidèrent avec  
une augmentation du volume de la hernie. Parfois,  
au moment de l'émission, il ressentait une vive dou-  
leur dans la région inguinale; d'autres fois la douleur  
l'empêchait d'uriner. Il devait s'appuyer pour  
« reprendre haleine ».

Certes, si ces phénomènes nous avaient été connus,  
avant l'opération, ils auraient pu nous être très utiles  
pendant l'acte opératoire et auraient pu empêcher  
l'ouverture de la vessie herniée. Nous ne saurions  
donc trop recommander de pousser l'interrogatoire  
des malades aussi loin que possible. Néanmoins, bien  
souvent, malgré l'insistance qui sera apportée dans  
ce sens, on n'obtiendra pas les éclaircissements utiles.

Il ne faut d'ailleurs pas attacher une trop grande  
importance à l'ouverture du réservoir de l'urine her-  
niée, à condition de le reconnaître, de s'en assurer et  
de fermer très aseptiquement la plaie de la vessie,  
comme M. DUBAR l'a fait dans trois cas sans aucun  
accident.

#### Sur un cas d'angine à bacilles fusiformes et spirilles

par M. le docteur **Mariau**,

médecin aide-major au 16<sup>e</sup> Bataillon de chasseurs, ancien Chef  
de Travaux anatomiques.

Nous croyons être le premier à avoir observé au  
complet un cas d'angine diphtéroïde à bacilles fusi-  
formes et spirilles, ou du moins notre observation a  
précédé de quatre ans la communication de M. le  
professeur agrégé VINCENT à la *Société médicale des  
hôpitaux* (mars 1898). Notre cas ne fut pas publié et  
donna simplement lieu à une correspondance avec notre  
camarade CHAVIGNY, alors chef de laboratoire de bac-  
tériologie au Val-de-Grâce.

Les travaux de M. VINCENT ont assigné à cette angine  
une place distincte dans le cadre nosologique. De nom-  
breuses observations en sont actuellement publiées de  
divers côtés. Nous donnons aujourd'hui la nôtre, qui  
fera nombre, et qui peut être considérée comme un  
cas type.

OBSERVATION. — X..., sergent au 14<sup>e</sup> d'infanterie, se  
présente un matin d'avril 1894 à la visite régimentaire  
avec un mal de gorge. A l'examen, on constate que le  
mal est exclusivement localisé à l'amygdale droite.

Celle-ci est tuméfiée, à peine plus rouge que le reste de la gorge, et présente une ulcération, presque circulaire, recouverte d'une épaisse fausse membrane jaunâtre. L'ulcération creuse l'amygdale, on la devine profonde et anfractueuse sous la couenne qui la recouvre irrégulièrement. L'exsudat est pulpeux, adhérent à la muqueuse qui saigne au moindre contact. Le reste de la gorge est absolument sain. A l'angle de la mâchoire, tuméfaction ganglionnaire légère, assez douloureuse. Pas de fièvre. L'état général est seulement un peu altéré : la langue est sale et le malade est plus pâle que d'habitude.

L'aspect de l'ulcération, les caractères de la membrane, le saignement facile de la muqueuse, l'adénopathie font tout de suite penser à une angine diphtérique. Mais l'unilatéralité si remarquable de la lésion, l'altération presque nulle de l'état général, éveillent le soupçon de chancre infectant de l'amygdale. Avant d'ensemencer sur sérum, nous commençons par l'examen microscopique d'un frottis de l'exsudat sur lamelles, coloré au violet de méthyle. Nous sommes fort étonné de constater un amas considérable d'énormes bacilles, très distincts, relativement longs, et amincis à leurs extrémités. Le champ du microscope en est rempli. Ils sont beaucoup plus longs et plus gros que les bacilles de Löffler avec lesquels la confusion n'est pas possible. Sur le fond clair qu'ils ménagent dans leurs intervalles, se détachent moins nettement et avec une coloration plus faible, des spirilles d'une finesse extrême, très longs et très sinueux. Plusieurs examens pratiqués dans le cours de la maladie donnent le même résultat, sauf que sur le déclin, les spirilles abondent plus que les bacilles.

Le malade guérit facilement en 10 ou 12 jours par des moyens simples.

M. le médecin-major VINCENT considère l'angine à bacilles fusiformes comme relativement fréquente, le nombre des cas publiés dépassant actuellement soixante. Personnellement nous n'en avons vu qu'un seul cas en dix années de pratique dans le milieu militaire, qui a fourni à notre observation des centaines d'angines de toute espèce. Quoi qu'il en soit, c'est une affection avec laquelle il faudra toujours compter lorsqu'on se trouvera en présence d'une *ulcération amygdalienne, unilatérale, avec retentissement ganglionnaire et altération légère de l'état général*. Le diagnostic microscopique en est extrêmement facile ; il mettra à l'abri d'erreurs graves de pronostic, puisque ce n'est rien moins qu'avec la diphtérie ou la syphilis que cette affection peut être confondue.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie de Médecine.** — M. PROUST étudie les moyens de défense de l'Europe contre les épidémies de peste venant de l'Orient.

**Société de Chirurgie.** — la question toujours si discutée l'appendicite ?

M. POIRIER a opéré un malade comprimé et déchiré. Bon résultat.

**Société médicale des Hô** présente de nouvelles recherches roide à bacilles fusiformes.

**Société de Dermatologie** rayons X produisent des accidents

## Analyses de Mémoires français

**La dyspepsie des enfants d'un** particulier des rachitiques cliniques de Bordeaux, 1898, p. 4.

RAULIN, après LÉO, ZWEIFEL, etc stomacal chez les nourrissons, et nourrissons rachitiques.

Le repas d'épreuve adopté se compose de 100 grammes de lait bouilli, que l'on donne une heure à trois quarts d'heure après.

CLOPATT, qui a surtout étudié l'acide dans les sains, a trouvé que chez les enfants rachitiques la production totale est moins grande que chez les autres. Ce qui veut dire que le travail digestif formé par l'estomac avec moins de production de HCl que le lait de vache et d'autres produits acides.

RAULIN a surtout étudié la digestion dans les rachitiques, et du résultat des conclusions très intéressantes.

La quantité de chlore total est beaucoup plus élevée chez les enfants rachitiques que chez les autres. Cela indique que le processus sécrétoire est augmenté chez les rachitiques que chez les autres. Mais, quantitativement, les composés chlorés sont encore une modification qualitative par des corps acides, ils sont composés de composés neutres ou ammoniacaux. Au départ des phénomènes d'auto-intoxication cellulaires présentés par les rachitiques, le travail digestif, la quantité et qualité, il n'y a rien d'extraordinaire, le système s'affaiblit et tombe en décadence.

\*\*\*

**Le traitement chirurgical de l'utérus irréd**uctible de l'utérus (MAGY, American Journal of obs

Lorsque l'utérus gravide rétrograde dans la cavité pelvienne le traitement à défaut de réduction, à la vider les récents progrès de la chirurgie ab

traitement. C'est à la laparotomie pour réduire l'utérus. Si l'utérus est rempli complètement l'excavation des de réduction par le vagin échouée, l'utérus soit trop gros pour franchir le pas parce que rien n'agissant sur lui l'aspiration atmosphérique tend à le maintenir en position. Enfin, les adhérences sont un obstacle insurmontable à la réduction.

Ainsi une multipare, enceinte de quatre mois, avait une rétention d'urine et des matières fécales. Réduite par l'utérus rétrofléchi. La réduction dans la position genu-pectorale. La laparotomie fut faite; la main fut introduite dans le fond de l'organe. Malgré quelque difficulté, au-dessus de cette intervention fut suivie d'un second cas opéré de la même façon et fut heureux.

La rétroversion de l'utérus grévise par déjà été mis en pratique par Jacobs en a rapporté dix cas au Congrès d'écologie et de Pédiatrie de Bordeaux récemment publié une nouvelle observation d'accouchements, de Liège (1898). Il est, difficile de porter un jugement définitif. Si elle peut être utile lorsqu'il y a des pelviennes empêchant le redressement, elle conçoit difficilement que, dans les cas où elle est efficace que la réduction par voie vaginale est certainement moins de dangers et qui est la majorité des cas, lorsqu'on inter-

Dr M. O.

## 3 & INFORMATIONS

Le peste qui se sont présentés récemment, et dont le docteur Müller a été l'origine, composée de représentants de l'instruction publique et de l'intérieur, a élaboré un petit code des mesures pour réserver les étudiants et le public ne devraient résulter des recherches dans les laboratoires de bactériologie.

Le ministre du 10 janvier 1899, a ordonné et transmise aux recteurs, instituteurs Brouardel, Monod, Napias, ont émis ainsi :

Les intentions de la Commission de l'hygiène ont apporté une restriction quelconque dans les laboratoires de bactériologie; car, pour éviter les maladies infectieuses, il faut éviter.

Il a même été unanime à penser que les laboratoires ne doivent

pas être exagérés. En réalité, on n'a compté jusqu'ici, du moins en France, que de rares accidents individuels.

» D'ailleurs tout accident prévenu est évité si les chefs de laboratoire savaient exercer autour d'eux l'action nécessaire, s'ils étaient bien pénétrés de leur devoir vis-à-vis des étudiants et du public, de leur responsabilité. Leur rappeler cette responsabilité et les avertir qu'il leur sera personnellement demandé compte de tout accident survenant dans leurs laboratoires est la meilleure mesure que puissent prendre, en l'espèce, les pouvoirs publics.

» Il appartient donc aux chefs de laboratoire de choisir avec soin leur personnel; le recrutement des garçons de laboratoire attirera particulièrement leur attention. Ces agents ne doivent être nommés que s'ils sont reconnus tout-à-fait capables de remplir ces fonctions souvent délicates.

» Informés de toutes les recherches poursuivies autour d'eux, les chefs de laboratoire ne laisseront entreprendre les travaux dangereux que par ceux de leurs auxiliaires qu'une instruction technique rend aptes à ces travaux. Ils n'autoriseront la sortie des cultures hors du laboratoire qu'après s'être assurés de leur destination.

» Enfin ils sauront maintenir la discipline et imposer l'observation des précautions suivantes, dont l'usage a démontré l'efficacité.

» 1<sup>re</sup> Aménagement du laboratoire. — Les tables de travail doivent être aisément désinfectables; les tables en lave émaillée ou à défaut les tables en ardoises, les tables en bois imperméable ou recouvertes d'une plaque de verre, sont celles qui donnent le plus de sécurité.

» Les animaux destinés aux expériences seront placés dans des cages métalliques faciles à stériliser par flambage ou par immersion dans une solution antiseptique, et ces cages seront disposées dans une chambre spéciale distincte de la salle de travail: le sol de cette chambre sera carrelé ou bitumé, de façon à se prêter facilement au lavage et à la désinfection.

» 2<sup>o</sup> Entretien du laboratoire. — En cas de contamination accidentelle du sol (culture ou matière virulente projetée à terre), il conviendra de couvrir immédiatement la partie souillée de liquide antiseptique.

» 3<sup>o</sup> Tenue des élèves. — Toute personne travaillant dans un laboratoire de bactériologie doit revêtir une blouse, et cette blouse sera rigoureusement désinfectée par le passage à l'étuve avant d'être livrée au blanchissage.

» Les élèves seront avertis qu'il est dangereux de fumer dans un laboratoire bactériologique, que cette pratique peut occasionner des contaminations microbiennes: la cigarette ou le cigare déposé sur les tables de travail peut se souiller de germes qui se trouvent ainsi facilement portés à la bouche. Les élèves seront formellement invités à s'abstenir de fumer.

» 4<sup>o</sup> Cultures usées. — Toute culture qui cesse d'être utilisée doit être détruite par stérilisation; sous aucun prétexte, elle ne doit être jetée (à l'égout, etc.) avant cette destruction.

» 5<sup>e</sup> *Expériences sur les animaux et traitement des résidus d'animaux.* — Une excellente pratique dans les expériences faites sur les maladies dangereuses et de courte durée (peste, morve, etc.), est de placer l'animal inoculé non dans une cage, mais dans un bocal, et de l'y laisser séjourner jusqu'à sa mort. La stérilisation du bocal s'effectue ensuite facilement en remplissant ce vase avec une solution antiseptique, acide phénique acidulé, par exemple, qu'on y laisse quarante-huit heures au moins.

» Si on place l'animal dans une cage, cette cage doit être munie d'une étiquette apparente indiquant la nature de la maladie du sujet. Les litières des animaux contaminés doivent être soigneusement détruites par crémation.

» C'est aussi par crémation, par incinération dans un four qu'il faut détruire les cadavres des animaux qui ont servi aux expériences. L'incinération peut, dans quelques cas particuliers, être remplacée par l'immersion dans l'acide sulfurique, ou pour les petits animaux, par l'ébullition prolongée du cadavre. Les animaux seront toujours transportés au four crématoire (ou au vase d'immersion), dans une caisse bien close. »

En terminant l'énumération de ces diverses précautions, la Commission rappelle encore aux chefs de laboratoire que seule leur surveillance assidue peut en assurer l'efficacité.

#### Exposition rétrospective des instruments et appareils de Chirurgie

On sait qu'à chaque classe de l'exposition contemporaine de 1900 sera annexée une *exposition rétrospective*, destinée à rassembler tous les objets de fabrication ancienne, faisant partie de la classe considérée.

Pour la Classe 16, qui a trait aux *instruments et appareils de chirurgie*, le Comité reçoit dès maintenant les demandes d'admission. Il fait un très pressant appel à tous les collectionneurs d'anciens modèles d'instruments, à tous les fabricants d'appareils, à tous les conservateurs des musées de nos écoles et facultés de médecine, à tous ceux qui ont la garde des arsenaux d'instruments dans les hôpitaux français, à tous ceux enfin qui possèdent des objets rentrant dans cette catégorie.

Il les prie de vouloir bien s'associer aux efforts tentés par les membres du Comité, de façon à pouvoir réunir, à l'occasion de cette grande manifestation industrielle, une collection véritablement unique, qui ait un réel intérêt scientifique et historique.

Les instruments qui sont admis à faire partie de cette exposition sont : les instruments de chirurgie générale, les appareils prothétiques généraux, le matériel d'opération, les appareils herniaires, les appareils d'orthopédie et de prothèse dentaire, les instruments d'ophtalmologie, d'otologie, de laryngologie et de rhinologie, de gynécologie et d'obstétrique, etc. Y seront joints les appareils servant aux études anatomiques et histologiques, ainsi que les applications médicales des instruments de précision. On pourra envoyer également les dessins d'instruments anciens, mais les *originaux* seulement.

L'exposition pas mélang  
une place à

Les pièces  
avec le nom

L'Admini-  
cas, prendre  
et de réexpé-  
dessiné, co-  
sans une au-  
générale de  
caisse, un c-  
avec indicat-  
pées dans le

Des diplô-  
commerce,  
par le Com-  
personnes q-  
tions rétros-

La partici-  
vance d'un  
considère c-  
des objets e

Le Comit-  
s'intéressen-  
bien lui con-  
lui signaler  
un intérêt d-  
l'existence.

#### Pro

Il existe  
anatomique  
presque ex-  
de Paris et  
anatomistes  
grand dom-  
groupe de  
province a-  
le noyau c-  
**Anatomiste**  
Paris, les  
Faculté de  
seur BALBIA  
logistes de  
d'histologie  
professeur  
professeur  
vice-présid-  
comme secr-  
du Collège  
été nommé  
un assez gr-  
remarquait  
MM. VAN BAR-  
(Louvain) ;

Statistique de l'Office sanitaire de Lille

2<sup>e</sup> SEMAINE DU 8 AU 14 JANVIER 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		10	4
3 mois à un an . . . . .		6	4
1 an à 2 ans . . . . .		4	4
2 à 5 ans . . . . .		4	7
5 à 10 ans . . . . .		1	»
10 à 20 ans. . . . .		2	»
20 à 40 ans. . . . .		7	5
40 à 60 ans. . . . .		7	8
60 à 80 ans. . . . .		10	10
80 ans et au-dessus . . . . .		1	3
Total . . . . .		52	45

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS		MAISSANCES par Quartier	
Répartition des décès par quartier	Varicelle	»	»
	Rougeole	»	»
	Scarlatine	»	»
	Fèvre typhoïde	»	»
	Grippe et diphthérie	»	»
	Couqueche	»	»
	Autres	»	»
	Apoplexie cérébrale	»	»
	Bronchite et pneumonie	»	»
	Maladies organiques du cœur	»	»
	Diarrhée et choléra	»	»
	moins de 2 ans	»	»
	de 2 à 5 ans	»	»
	plus de 5 ans	»	»
	Phthisie pulmonaire	»	»
	Méningite tuberculeuse	»	»
	Autres tuberculoses	»	»
	Accident	»	»
	Suicide	»	»
	Homicide	»	»
	Autres causes de décès	»	»
TOTAL des DÉCÈS		9	12
TOTAL des MAISSANCES		15	12

Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	15	12
Gare et St Sauveur, 27,670 h.	9	7
Moulins, 24,947 hab.	13	10
Wazemmes, 36,782 hab.	16	27
Vauban, 20,381 hab.	22	3
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	34	5
Esquermes, 11,381 hab.	12	2
Saint-Maurice, 11,212 hab.	7	3
Fives, 24,191 hab.	8	2
Canteleu, 2,836 hab.	1	1
Sud, 5,908 hab.	1	1
Total . . . . .	145	145

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. CONBEMALE. Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecin

## COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté; Bédart, professeur agrégé de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; Delearde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Gaudier, professeur de clinique chirurgicale; Keraval, directeur de l'Asile d'aliénés; De Lapersonne, professeur de clinique; Looten, médecin des hôpitaux; Manciennes, membre correspondant de l'Académie; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; Pottier, professeur agrégé, chargé d'un cours d'acoustique; Pottier, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et INGELB.

Réaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la L.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : A propos des nouvelles allumettes, par le professeur H. Surmont — Pseudarthrose, Drambulation, Thyroïdisme, par le professeur H. Folet — Un nouveau traitement des ulcérations du col, par le docteur O. Lambret — Méninisme au cours d'une fièvre typhoïde par le docteur Verny. BULLETIN MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES : Compte rendu de la séance du 28 janvier 1899 de la Société Centrale de Médecine du Nord. ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS. — RENSEIGNEMENTS OFFICIELS SUR L'HYGIÈNE PUBLIQUE. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — BIBLIOGRAPHIE. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## A propos des nouvelles allumettes

Par le Professeur H. Surmont

Le phosphore est toxique, tous les médecins le savent, et si la gravité des empoisonnements aigus est très grande, l'intoxication chronique peut, elle aussi, déterminer des accidents redoutables dont le plus connu est la nécrose phosphorée.

L'empoisonnement aigu est habituellement accidentel (crime, suicide, accident, medication trop violente par l'huile phosphorée); l'intoxication chronique est presque exclusivement professionnelle et s'observe soit chez les ouvriers des usines de produits chimiques, soit chez les allumettiers.

On sait que des deux variétés de phosphore, le phosphore blanc seul est toxique; aussi son remplacement par le phosphore rouge ou amorphe a-t-il été demandé par certains hygiénistes et médecins, et en

quelques pays, le Danemark (1876), rendu obligatoire dans la fabrication la seule industrie qui utilise le pho

En France, l'Académie de Médecine, sous diverses circonstances, et en dernier lieu en vue de la suppression complète du phosphore dans la fabrication des allumettes, a tenté de réglementer le taux d'emploi de ce produit dans les allumettes, réglementée par des lois dans certains pays, ne paraissant pas de tation notable dans le nombre de cas c ment dit, n'ayant donné aucun profil l'hygiène.

Malheureusement il est extrêmement difficile de trouver un corps qui, pour la fabrication des allumettes, présente les mêmes avantages que le phosphore blanc. à tel point que la plupart des fabricants, et même certains déraient jusqu'il y a quelques mois s une nécessité inéluctable. Bien car égard est l'opinion de Magrort, l' qui ont le mieux étudié la nécrose phosphorisme professionnel, qui, e fameuse discussion soulevée à l'Ac cime (février et mars) déclarait que phosphore blanc est à la fois inutile En fait la Suisse, après l'avoir es renoncé deux ans plus tard.

L'assainissement des fabriques



n reste, pas absolument im-  
l'Alger et d'Aix par exemple.  
l'on y travaille les fenêtres  
ainsi que l'a fait remarquer  
pays la diminution des cas  
vi l'application de mesures  
ses dans les ateliers, en parti-  
r mieux faite, ainsi qu'on  
e, a Grammont, en Belgique,  
is moins de 1100 ouvriers  
e d'une prophylaxie bien  
surveillance médicale jour-  
n méthodique des ouvriers  
dernièrement par M. Bour-  
lecain a pu, en 1877, éviter  
700 ouvriers et ouvrières des  
stin-Aubervilliers, non seule-  
ment les nombreux accidents  
n à l'intoxication phosphorée

nt que la « suppression du  
eul moyen capable d'assurer  
ii de l'industrie des allu-  
er les expressions du vœu  
ar l'Académie de médecine, à  
voix (celles de MM. Bou-  
r, le problème vient d'être  
rs des manufactures de l'Etat,  
ut, en substituant le sesqui-  
phosphore blanc, ont rendu  
e plus signalé service.

suppression du phosphore  
insoluble cela tient à ce que  
rs n'avaient trouvé pour le  
phore rouge. Or, les seules  
tiques au phosphore rouge  
nément amorphes ou sué-  
le comburant est du chlorate  
e seul, avec la colle et les  
ires, contenu dans le bouton  
astible qui est le phosphore  
frottoir des boîtes. Ces allu-  
allumettes de sûreté puisque  
bustible sont séparés l'un de  
nconvenient de nécessiter un

le habituelle de la nécrose phosphorée  
; une hygiène soignée de la bouche et  
et complète sont les meilleurs moyens  
sphorée.

frottoir spécial et de ne pas s'allumer sur toutes les  
surfaces. Elles sont cependant acceptées dans certains  
pays où elles sont d'un usage courant (en Danemark  
il n'y en a pas d'autres). En France, leur emploi a  
plus de peine à se repandre (1), et la plupart de nos  
compatriotes préfèrent utiliser les allumettes suscep-  
tibles de prendre partout, voire à l'occasion sur un  
fond de culotte. Or, le phosphore rouge ayant une  
température de combustion relativement élevée (260°),  
il devenait nécessaire, pour l'utiliser, d'employer une  
pâte à allumettes mixte, c'est-à-dire contenant un  
mélange de phosphore rouge et de matière combu-  
rante susceptible d'apporter une quantité d'oxygène  
suffisante. Le chlorate de potasse mélangé au phos-  
phore rouge donne des allumettes qui font explosion  
à l'allumage, et crachent, sans compter qu'elles  
s'enflamment facilement pendant les manipulations  
de l'usine. Le permanganate de potasse, essayé  
aussi, a l'inconvénient d'oxyder les matières orga-  
niques nécessaires à la préparation de la colle ;  
il est pour cette raison inutilisable. Les sels suroxy-  
génés de plomb ne peuvent allumer le phosphore que  
s'ils sont additionnés de chlorate de potasse, et alors  
les allumettes crachent, sans compter que leur fabri-  
cation expose les ouvriers à une nouvelle intoxica-  
tion, le saturnisme.

On comprend dès lors la difficulté pour les ingé-  
nieurs de trouver un bouton mixte, répondant à tous  
les besoins. Cette découverte est précisément celle que  
viennent de faire MM. SEVÈNE et CAHEN. La pâte  
employée actuellement sur les indications de ces  
auteurs a la composition suivante :

Sesquisulfure de phosphore . . . . .	6
Chlorate de potasse . . . . .	24
Blanc de zinc . . . . .	6
Ocre rouge . . . . .	6
Poudre de verre . . . . .	6
Colle . . . . .	18
Eau . . . . .	34

Avec cette pâte on peut donc faire des boutons  
mixtes susceptibles d'être appliqués aux allumettes  
soufrées, paraffinées ou en cire, et prenant sur toutes  
les surfaces. Ce dernier avantage tient à ce que le  
sesquisulfure s'enflamme à une température de 93°  
(le phosphore blanc à 60°, le rouge à 260°), que la  
friction peut développer.

(1) En France, sur 28 milliards d'allumettes fabriquées par les manu-  
factures de l'Etat, on ne compte que 8 milliards d'allumettes amorphes  
(VALLIN, rapport à l'Académie de médecine, 9 février 1897).

Le sesquisulfure de phosphore est un corps très fixe (température d'ébullition 380°). Il ne donne pas de vapeurs aux températures ordinaires, n'est pas phosphorescent, et est tellement inaltérable à l'air que M. LEMOINE, qui a fait de ce corps une étude très complète (*Bull. Soc. Chim.* 1864, t. I<sup>er</sup>, p. 407) a pu en conserver un échantillon pendant quinze ans à l'air sans traces sensibles d'altération.

La toxicité du sesquisulfure par ingestion est faible, la dose de trois centigrammes par jour, répétée, s'est montrée, d'après MM. SEVÈNE et CAHEN, sans inconvénients pour les cobayes; cette dose de trois centigrammes correspondrait pour un homme adulte à un poids de 39<sup>es</sup> 5, c'est-à-dire à la quantité de sesquisulfure contenue dans 6.000 allumettes (VALLIN).

Cette faible toxicité du sesquisulfure est d'autant plus intéressante à relever qu'il ne peut contenir comme impuretés que du phosphore rouge et de l'eau. Au reste, d'après M. LEMOINE, le phosphore est à l'état rouge dans cette combinaison avec le soufre.

Le phosphore blanc, pour passer à l'état rouge, perd de la chaleur, la combinaison du phosphore rouge avec le soufre s'accompagne d'un nouveau et notable dégagement de chaleur. Dans ces conditions on pouvait espérer que le mélange du chlorate de potasse avec le sesquisulfure de phosphore serait moins explosif que son mélange avec le phosphore rouge. C'est ce que l'expérience a confirmé.

En résumé on voit que le nouveau produit permet de fabriquer des allumettes non toxiques, moins exposées aux inflammations accidentelles, très stables, susceptibles de s'allumer partout. L'adoption du sesquisulfure de phosphore a de plus, en écartant la crainte des intoxications professionnelles, permis la simplification de certains procédés de fabrication, par exemple la suppression des machines à embolter, qui exigeaient des ouvrières 20 à 30,000 coups de pédale par jour, par conséquent une fatigue considérable. En somme, il y a dans l'invention de MM. SEVÈNE et CAHEN, non seulement un grand bienfait pour les ouvriers allumettiers, mais encore un progrès réel dans une industrie importante.

On peut ajouter qu'il y aura aussi probablement de ce fait une certaine économie pour le budget, allégé à l'avenir des sommes que lui coûtait l'intoxication phosphorée réelle ou simulée des ouvriers des manufactures nationales. Rien de plus instructif à cet égard que les chiffres suivants : Au mois d'octobre 1896, sur

la demande du Ministre Médecine nommait une MM. VALLIN, MAGITOT et contrôler l'état de santé qui, depuis plusieurs moi Sur ces 226 ouvriers, la tement 15 à mettre en o quelques-uns pour des né gravité, d'autres pour compliquées, imputable phosphorée. Des 211 ou présentaient aucun signe de l'avis de la Commiss lendemain de la visite ; intoxiqués, furent propo vriers, enfin, âgés ou très eu autrefois des accidents proposés pour une pensio

On peut voir, par cet e en l'an de grâce 1896 dans d'allumettes, que le rôle l'Etat de rechercher les sinécure dans l'avenir où les industries seront nati

## Clinique Chirurgi

### Pseudarthrose. — Dér

Par le Profe

La plupart des fracturé mon service de Clinique sont traités par l'appareil donner des résultats très s le constate à regret, — l'u parmi les médecins, qui e Vers le milieu d'octobre dans ma salle Saint-Jean biseau du tiers inférieur e jours d'attente, le dégonl quai la gouttière content de lui poser le surlend. Mais, ayant été très char

(1) Voir sur toute cette question des 9 et 23 février, 2 et 9 mars : 1 Allumettes, rapport de M. VALLIN, 1 BOUCHARDAT, LEREBOLLET, LARON Voir aussi : COURTOIS-SUPPIT : Ac et 27 décembre 1896.

oublia mes complètement nullement, ne se plaignit fut qu'au bout de quinze chose ; et, le malade ne lever, la fracture paraissait, je le laissai achever à la consolidation.

Appareil, vers la fin de se s'est pas effectuée. Les unis par des liens fibreux que le membre puisse du plan du lit ; mais, fragments, ils remuent un l'on porte en arrière le gèrement saillir la pointe

at, j'étais enchanté, je ait marcher ce malade. atoire, on n'aurait pas, et anqué de mettre sur le ace de formation du cal

es pseudarthroses par la les traitements non opér-retardées figurent depuis des deux fragments l'un au lieu d'effectuer vigou-le séance les frictions pète beaucoup moins nement fractionnées. La èe, imprime au foyer de s et des pressions douces es. Puis elle réveille et t et la vitalité locale du t fort languissantes après u lit. C'est probablement fait que les frottements ise par les mouvements e dans son lit ne rempla-che.

intiens les fragments par face interne et sur la face ue attelle est formée de ane plâtrée. L'attelle ainsi a fabrication, recouverte, ne de gutta-percha épaisse e dans l'eau bouillante. plâtre et fait corps avec

lui. Une fois bien séchées, ces attelles composites sont très solides. Elles se moulent exactement sur le membre sur lequel on les tient fermement appliquées par une bande de forte flanelle, et dont elles maintiennent les fragments en position convenable. Puis j'ai fait donner des béquilles au blessé et lui ai commandé de marcher deux heures par jour, en quatre fois, pendant huit jours, en posant la semelle du pied sur le sol sans appuyer, puis en l'appuyant de plus en plus fort. Je gradue ainsi la pression de peur que, alors qu'aucune ostéogénèse ne s'est faite encore, les liens de la pseudarthrose ne s'allongent sous le poids du corps, laissant glisser l'un sur l'autre les faces des deux biseaux de fracture, et n'augmentent ainsi le déplacement.

Il faut souvent six à huit semaines pour obtenir par ce moyen la solidification d'une fracture à cal retardé ; mais on constate d'ordinaire au bout de quelques jours un resserrement de la pseudarthrose, une diminution de la mobilité. Ici, au bout de deux semaines, les fragments semblaient jouer l'un sur l'autre tout autant que le premier jour. Nous n'avions rien gagné ou très peu de chose.

Sur ces entrefaites, je lus, dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* du 6 décembre 1898, une observation de M. QUÉNU, dont voici le résumé : Fracture ouverte du fémur ayant troué la peau ; résection du fragment supérieur, drainage, suppuration longue ; six mois après aucune trace de consolidation, membre ballant. On administre des capsules de thyroïdine et « la consolidation est telle au bout de cinq jours que le surlendemain, avec un silicate, la malade se lève et marche ». Et M. RECLUS apportait à cette communication une confirmation personnelle : « Il y avait chez moi, dit-il, un malade porteur d'une pseudarthrose du fémur, sa cuisse était énorme et nous ne savions pourquoi la consolidation ne s'effectuait pas. Nous étions sur le point de recourir à l'intervention sanglante, quand j'eus l'idée, à la suite de lectures que j'avais faites sur ce sujet de quelques mémoires étrangers, d'administrer à mon malade quelques capsules de thyroïdine. L'effet fut réellement foudroyant : je ne sais plus trop si c'est en cinq jours, comme dans le cas de M. QUÉNU, mais en très peu de temps, le cal fondit et la consolidation eut lieu. Je dois dire que depuis, pour des retards de consolidation, j'ai employé la thyroïdine avec un résultat négatif. »

Frappé de ces affirmations si nettes, ayant constaté

du reste que mon malade ne présentait aucun symptôme cardiopathique et que ses reins fonctionnaient bien, je lui fis administrer la thyroïdine sous la forme que m'offrait la pharmacie de l'hôpital, c'est-à-dire en *pastilles de thyroïdine Flourens*, « représentant, dit l'étiquette, vingt centigrammes chacune de corps thyroïde de mouton frais et sain ». — Trois pastilles par jour, une heure avant les repas. Le malade continua à marcher deux heures par jour.

Je dois à la vérité de dire qu'au quatorzième jour de ce traitement la consolidation presque complète était acquise et que le malade, marchant solidement sur sa jambe (soutenue, par précaution, au moyen des deux attelles), voulut absolument sortir de l'hôpital. Quelle part est due dans ce résultat à la déambulation méthodique, quelle part au médicament ? Il me semble probable que la plus grande revient à la thyroïdine. Comment agit-elle ? Agira-t-elle dans tous les cas ? Je ne sais. Ce fait est tout simplement un document d'attente à ajouter aux faits analogues. Toujours est-il que dans les retards inexpliqués de consolidation, on sera en droit de songer à la thyroïdine, pourvu, bien entendu, que le cœur et les voies d'élimination soient intacts, et en surveillant avec soin l'usage de médicament. Car la thyroïdine est un agent d'un maniement délicat et qui peut offrir de sérieux dangers. J'ai vu pour ma part des accidents de fausse angine de poitrine très alarmants succéder à son emploi contre l'obésité. C'est d'ailleurs l'avis de l'Académie de médecine, qui vient de nommer une commission chargée d'en réglementer la fabrication et d'en restreindre l'abus.

## GYNÉCOLOGIE

## Un nouveau traitement des ulcérations du col

par le docteur O. Lambret, chef de clinique

**Attacher suffisamment d'importance aux érosions et aux ulcérations du col pour aller jusqu'à vouloir leur appliquer un traitement opératoire spécial paraît peut-être, à l'heure actuelle, un peu excessif. Après avoir été considérée pendant longtemps comme une maladie à part ayant une évolution propre, l'ulcération du col, depuis les travaux de GOSSELIN n'est plus regardée par les gynécologues que comme une dépendance du catarrhe utérin ; aujourd'hui surtout, elle ne constitue plus qu'un symptôme banal et plutôt**

secondaire des métrites. Ce trop effacé et l'étude de l'ulcère approfondie avec fruit. A pas aussi claire et aussi généralement. Ruge et Verlogique d'un certain nombre constatèrent qu'il existait à le cylindrique ; or, on sait que l normalement le vagin et le l épithélium pavimenteux stratifié fait étrange est donnée par façon suivante : d'après eux l épithélium cylindrique véritable cellules longues et irrégulières méprendre à des cellules épith formée par les couches primitives pavimenteux ; sous l'influence couches superficielles tombent cellules de la couche profonde

D'autres auteurs et ROSEN  
sent une autre doctrine, ils  
proprement parler ni érosio  
pect rouge et brillant du col  
en dehors de la muqueuse  
véritable ectropion. C'est ai  
la présence d'un épithélium  
ment.

En réalité, aucune de ces s'appliquer à tous les faits atteints de déchirures puerperales. On rencontre, en effet, l'ectropion mais cette explication ne peut pas s'appliquer aux érosions des nullipares, surtout quand elles sont séparées de l'orifice externe par une muqueuse non ulcérée. Les érosions du col ne possèdent pas une épithélialisation, il en est qui prennent la forme de papilles enflammées, et dans lesquelles l'inflammation est à l'origine de la chute de l'épithélialisation et de véritables plaies.

Les ulcérations du col appa-  
façon bizarre et capricieuse ;  
utérus atteints de métrite anc-  
déformés et durs, labourés  
de kystes folliculaires, et d-  
aucune ulcération. Par cont-  
utérus atteints d'endométrite

d'ulcères. Il semble que certaines isposées à l'ulcération du col. Nous jet une remarque de FISHEL intéressante vue de la pathogénie de l'ulcération bas-âge, l'épithélium cylindrique sur le museau de tanche, cette à fait transitoire, mais, anormalement persister ; cette persistance peut être de l'apparition d'ulcérations ou cération ; car il est bien évident qu'il ne peut que concerner celles d'un cylindrique de revêtement.

Les tentatives des traitements très multipliées n'ont pas fait œuvre ; je n'entreprendrai pas une longue des caustiques qui ont cours jusqu'à ce jour. Tout le monde connaît plus ou moins défectueux et leurs effets, quand l'endométrite cervicale est présente. Ils cèdent ordinairement très rapidement à un traitement très simple, quelques applications suffisent dès que l'écoulement cesse de tarir. Il ne faut donc pas se hâter d'intervenir si on ne demande qu'à guérir spontanément.

Les ulcérations plus étendues en nombre, d'autres encore bourgeonnantes. En leur présence, les uns restent complètement inactifs ; d'autres, au lieu de cautériser comme autrefois, ont recours à plus guère les caustiques d'antan, ce qui ne fait que causer des escharres d'où résulte du tissu cicatriciel : tels le fer rouge, le zinc, le nitrate acide de mercure, etc. Ceux qui s'abstiennent d'intervenir sur les ulcérations sérieuses poussent à l'excès, car quand elles sont considérables à un tel degré, les ulcérations ne guérissent spontanément, même si la métrite persiste, elles forment obstacle à la guérison. Quant au traitement par les caustiques, d'iode, créosote, acide pyrogallique, etc., il expose également aux cicatrices énormes et sivement long et laisse la porte ouverte à la récidive. Dans les cas invétérés et en désespoir, chez les multipares atteintes d'ulcérations (ectropions) dont le col est très déformé par la métrite ancienne, l'ablation de l'utérus par l'opération de SHREEDER est

seule capable d'être suivie de guérison. Mais le SHREEDER est une opération qu'on ne peut proposer dans les cas moyens, ni chez les nullipares atteintes d'érosions du col et de métrite de moyenne intensité ; or, chez ces nullipares, la métrite a d'autant plus de tendance à passer à l'état chronique que l'évacuation au dehors des mucosités épaisses et glaireuses du col se fait mal ; l'orifice externe est ordinairement assez petit et les mucosités s'en échappent difficilement, elles s'accumulent entre les deux orifices interne et externe et le col se dilate en forme de *barillet*, cette disposition est une cause très importante du passage à l'état chronique de la métrite. Dans ces cas, il faut absolument avoir recours au drainage et à la dilatation de la cavité du col, et on voit ordinairement les symptômes s'amender ; mais il arrive que des ulcérations ne disparaissent pas. Dans deux cas de ma pratique, au lieu de cautériser ces ulcérations, et d'instituer par conséquent un traitement lent, d'un succès douteux, pouvant laisser du tissu de cicatrice, j'ai imaginé alors de pratiquer purement et simplement l'ablation des parties ulcérées, suivie de la réunion des muqueuses ; les deux interventions ont été couronnées d'un succès complet et la réunion s'est faite par première intention. L'idée m'est venue de faire connaître cette manière de faire en parcourant un article de MUNDE, paru dernièrement in *American Journal of obstetric*.

Cet auteur préconise un traitement à peu près identique, toutefois sa méthode est différente. MUNDE lui aussi enlève les ulcérations de l'une et l'autre lèvre du col, après les avoir circonscrites par deux incisions convergentes ; quand il a, au bistouri, extirpé la mince couche de tissu malade, il suture les deux lèvres de la plaie au fil d'argent, de telle façon que la ligne des sutures occupe sur le col une situation antéro-postérieure, c'est-à-dire verticale, il en résulte que l'orifice externe du col se trouve considérablement rétréci, si bien que MUNDE est forcé de laisser à demeure un instrument ou une mèche de gaze, bien plus sa malade est obligée, une fois la réunion obtenue, de revenir pendant un certain temps, tous les quinze jours, faire dilater cet orifice externe, sous peine d'en voir apparaître l'atrophie avec toutes ses conséquences. Cette opération a donné à MUNDE des résultats magnifiques et amené la guérison radicale des ulcérations, mais elle n'en apparaît pas moins comme dangereuse. Dans les deux cas où je l'ai pratiquée, sans connaître d'ailleurs le procédé de

MUNDE, au lieu de suturer suivant une ligne verticale, j'ai au contraire suturé horizontalement, et j'ai dû même décoller quelque peu la muqueuse vaginale de façon à pouvoir réunir les deux lèvres d'une façon parfaite ; j'ai fait la suture à la soie fine, la réunion s'est faite par première intention ; mais, chose très importante à cause de cette suture horizontale, l'orifice externe du col, au lieu d'être atrésié comme dans le procédé de MUNDE, se trouve élargi, et baille, et c'est là une circonstance très favorable chez les nullipares ayant un col dilaté en barillet.

Je conclurai en disant que l'opération, telle que la présente MUNDE, destinée par lui spécialement et uniquement aux utérus nullipares, paraît au contraire devoir être plus logiquement et plus utilement appliquée aux utérus multipares, avec cols béants ulcérés et légèrement déchirés, trop peu atteints cependant pour subir le SCHROEDER, tandis que les sutures transversales telles que je les ai pratiquées conviennent idéalement aux utérus nullipares.

### Méningisme au cours d'une fièvre typhoïde

Par le docteur VERNY, du Portel.

Je suis appelé, le 23 novembre 1898, auprès de Marthe B..., 5 ans 1/2 ; elle présente depuis plusieurs jours un état général mauvais ; la dernière nuit a été agitée, l'appétit a disparu. La température, en effet, dépasse 38°, la face est pâle, le pouls à 120. Rien au cœur, rien au poumon. A l'inspection du ventre rien d'anormal, pas de météorisme, pas de douleur à la pression. Il existe un peu de constipation, de plus la langue est blanche, de sorte que je pense à un embarras gastrique ; je prescris un purgatif.

Le lendemain les mêmes symptômes sont plus accentués. En outre j'apprends que l'enfant a eu une épistaxis. Ce dernier symptôme attirera mon attention ; dans le quartier, dans la maison voisine en particulier, j'ai soigné de nombreux cas de fièvre typhoïde, ce qui fait que je m'arrête à l'idée d'une dothiéntérie possible. Les jours suivants, mon diagnostic se confirme ; la température monte graduellement pour osciller autour de 39, la langue est plus sale, la diarrhée survenue à la suite du purgatif persiste fréquente ; la rate est grosse, le ventre est douloureux, mais je ne remarque pas de taches rosées lenticulaires. L'aspect de la petite malade est caractéristique ; elle est apathique, somnolente, sans délire pourtant.

Comme médication au début je prescris : 1° des antiseptiques intestinaux, benzonaphtol-salicylate de bismuth ; 2° 0 gr. 25 centig. de quinine tous les deux jours, des boissons abondantes, du lait et du bouillon. Dans le deuxième septenaire, j'emploie l'hydrothérapie froide sous forme de draps mouillés toutes les quatre heures.

Jusqu'au lundi 5 décembre ne présente rien de particulier en toute hâte, on me raconte des convulsifs qui se manifestent, des grimaces de la face, la tête en arrière. A mon avis les tômes ont disparu et je n'ai pu donner de potion au bromure et au morphine.

Le lendemain matin, 6 décembre, le malade s'est modifié, son état est meilleur, la pupille est dilatée, les muscles par des contractions fébriles, la langue est difficile. En fait, l'avant-bras en flexion, l'avant-bras en flexion sur l'avant-bras, la maladie prend le masque de la méningite ; les divers symptômes cessent. La diarrhée fétide, le ventre est creusé en bateau, les jambes se mettent en flexion de fusil. La tache cérébrale hydrocéphalique ne marque plus, la fièvre oscille autour de 38°, accentue le tableau de la méningite, quelques vomissements, mais rien de plus.

Tous ces symptômes résumés que je recueille sur l'enfant, les parents et personnels, tout n'est qu'une évolution. Je prescris du calomel à petite dose, permanence sur la tête.

Ce tableau clinique dure, la constipation est opiniâtre, le délire de plus en plus.

Le 24 décembre, la mère vient me voir ; elle m'apprend que l'enfant a eu une épistaxis, qu'elle a eu de la diarrhée. L'aspect est le même, les symptômes graves persistent, je ne prononce pas. Une consultation m'engage à me prononcer.

Quoi qu'il en soit, huit jours après, le 15 janvier, l'enfant est guéri.

L'observation ci-dessus n'est pas exceptionnelle, car, dans la dothiéntérie, ce n'est pas rare, surtout chez l'enfant, d'ordinaire plutôt bénigne, mais elle se complique souvent sur les méninges de la méningite, et, par conséquent, on constate, de nombreux bacilles.

### Bulletin-Memento d

Académie de Médecine  
Joubert ont trouvé un pro

et restitue de

ser a obtenu  
le traitement

inent la ques-  
ne jait pas

INE considère  
ns l'épilepsie  
use.

MENT DU NORD

LIER.

la séance du  
ice, les com-

enfant de 14 ans

ion de ce cas  
résente deux  
de l'enfant :  
de M. le pro-  
nent, la pre-  
blonne cervi-  
seconde, que  
isibles sur la  
Sur les deux  
ez prononcée  
oit ; mais en  
sions verté-  
nt, malgré la  
° ou 4° corps  
olution d'une  
supérieurs et  
elviens, sans  
? Comment  
ar un simple

du que nous  
cule solitaire  
syphilitique.  
s clichés des  
JUSSET. Ils me  
positives. En  
nt les lésions

rencontrées d'habitude dans le mal de Pott. Tout clinicien, non désireux de différencier des diagnostics parfois très délicats, verrait dans ce cliché négatif une radiographie de mal de Pott. Pour ma part je me demande si l'enfant n'a pas eu de mal de Pott cervical et si les lésions constatées n'en sont pas les conséquences lointaines, ou bien si nous ne serions pas en présence d'une méningite atténuée.

**M. Ausset** ne peut accepter le diagnostic de méningite et il rappelle à ce propos que la malade n'a jamais souffert, qu'elle ne présente de plus aucun antécédent tuberculeux et qu'en tout cas, ce diagnostic serait insuffisant pour expliquer les symptômes médullaires présentés par l'enfant.

Sur un cas d'association de l'hystérie à la névrite traumatique

**M. Moty** présente un malade atteint d'extension permanente des doigts de la main droite à la suite d'un traumatisme insignifiant de l'annulaire.

« Le traumatisme, un coup de pied de cheval, porta sur l'annulaire et y provoqua une légère érosion de la peau que le blessé négligea de faire panser. Huit jours après l'accident, la plaie commença à suppurer ; à l'infirmerie régimentaire on incisa la collection purulente, et la plaie guérit assez rapidement. Mais après cicatrisation on constata une contracture du tendon extenseur de l'annulaire, bientôt généralisée aux autres tendons de la main, d'où une extension permanente des doigts de la main. Les troubles névritiques évoluèrent en même temps.

Cet homme présente en outre des symptômes non douteux de nervosisme, aussi après différentes tentatives de traitement à l'hôpital, je l'ai renvoyé en congé, puis aux eaux, sans obtenir du reste aucune amélioration.

Actuellement ce malade, dont la main présente des troubles trophiques légers, surtout dans sa moitié cubitale, est pour moi un type de l'association de l'hystérie à la névrite traumatique. »

**M. Charmeil** s'informe si on a essayé le traitement de cette contracture hystérique par les courants faradiques : sur la réponse affirmative de **M. Moty**, il demande si l'extension de la main, permanente à l'état de veille, disparaît sous l'influence du sommeil non naturel, fait que pourraient faire présager les symptômes de névropathie si manifestes chez ce malade.

**M. Moty** ne peut répondre affirmativement à cette question.

Sur un cas d'hémoptysie tuberculeuse chez un enfant de 9 ans

**M. Ausset** relate l'observation détaillée d'un enfant mort dans son service à la suite de trois hémoptysies, dont la dernière fut foudroyante.

Cet enfant entre le 5 décembre 1898 dans le service de chirurgie infantile de St-Sauveur, pour une mastoïdite consécutive à une otite suppurée, trois jours après, une première hémoptysie assez abondante, évaluée à 300 gr.

Le 3 décembre, opération ; le 15, deux hémoptysies, l'une dans la journée ; la seconde vers neuf heures du soir.

Le 17 décembre, nouvelle hémoptysie. Mort.

A l'examen détaillé de cette observation, **M. Ausset** ne découvre comme signes sthétoscopiques, qu'un peu de congestion pulmonaire localisée surtout au sommet gauche (matité, souffle, sous-crépitations) et avec moins d'intensité au sommet droit (submatité, souffle), de sorte que le diagnostic de tuberculose au début put être porté.

L'autopsie de l'enfant, faite vingt-quatre heures après la mort, n'a pas permis de retrouver le vaisseau pulmonaire lésé, tous les organes étaient exsangues, mais en bon état : aucune érosion du tube digestif ; cœur normal ; aux poumons on a seulement constaté une tuberculose très localisée et un peu de congestion des sommets ; de plus il y avait de l'adénopathie bronchique tuberculeuse sans aucune adhérence avec les vaisseaux sanguins voisins. Aussi, malgré le peu de fréquence de l'hémoptysie chez les enfants, et l'insuccès des patientes recherches faites à l'autopsie, on n'arriva pas à déceler le vaisseau lésé, **M. Ausset** croit-il pouvoir attribuer la mort de son malade à une hémoptysie légère.

**M. Carlier** fait remarquer à ce propos qu'on observe très peu d'hémorragies chez les enfants. Ainsi les tumeurs, soit du rein, soit de la vessie, donnent lieu à des hémorragies abondantes et nombreuses chez l'adulte, mais chez l'enfant il est rare d'en constater ; de même dans les cas de calculs vésicaux, de tuberculose des organes urinaires, il n'y a que d'une façon excessivement rare d'hématuries chez l'enfant, alors qu'elles sont très fréquentes au contraire chez l'adulte. Les enfants saignent peu en général, et à ce titre la communication de **M. Ausset** est intéressante et nous met en présence d'une anomalie peu fréquente.

**M. Moty.** Les enfants saignent et fréquemment du nez.

**M. Carlier.** Les épistaxis ne s'habituent avant l'âge de douze ans ; le font remarquer **MM. CHARMEIL**. Les épistaxis surviennent surtout aux rhinites.

**M. Carlier** donne alors la parole pour la lecture du rapport sur **M. CARRIÈRE**, qui est élu membre de la Société Centrale de médecine du Nord.

**M. Dumont**, trésorier, présente le rapport sur la situation financière en 1898.

## Analyses de Mémoires français

**Les tumeurs mixtes de la parotide** et **PHOCAS** (*Archiv. provinciales de Médecine*).

**MM. CURTIS** et **PHOCAS** viennent de publier dans les *Archives provinciales de Médecine*, un mémoire sur la question des tumeurs mixtes de la parotide. Cette question a été surtout traitée au point de vue anatomique par **M. le Professeur CURTIS**, mais le problème des tumeurs mixtes parotidiennes d'intérêt pratique. Si en effet ces néoplasmes sont à la fois épithéliales et glandulaires, on comprend qu'ils ont une évolution lente et leurs dispositions anatomiques rendent énucléables ; si au contraire ils sont conjonctifs, et, pour ainsi dire, passifs, ils se développent dans la trame conjonctive et refoulant celui-ci en tous sens, on comprend qu'ils puissent s'accroître avec lenteur, en devenant de plus en plus opérables.

Parmi les auteurs français, presque tous se prononcent pour la nature épithéliale de ces tumeurs, qui établissent une sorte de paradoxe histologique et leur bénignité ordinaire.

**M. le professeur BERGER**, dans un mémoire paru dans le *Journal de Médecine*, que **M. DELBET**, dans son nouveau *Traité de Médecine*, prononcent d'une manière catégorique que les tumeurs mixtes épithéliales et conjonctives sont définitivement tranchées. C'est contre l'avis de certains auteurs qu'a voulu réagir **M. BERGER**. Il a cherché surtout à démontrer que la question tend à s'établir comme classique par la preuve de la nature épithéliale de la parotide. Ni **PLANTEAU**, ni **MALAS** n'ont introduit un argument décisif dans la question, absolument ouverte.



eux d'un cas  
sion que les  
lunes, opinion  
et décrit par  
ire les divers  
s. Par d'excel-  
ées de figures,  
existent entre  
que l'on ren-  
tumeur. Par  
ris démontre  
cellulaires qui  
de la glande,  
naissance plus  
ème lymphati-  
ité directe des  
nphatiques.  
s, les tumeurs  
des endothé-  
t le nom de  
ception expli-  
particularités  
Dr F. C.

**ements des**  
*de clinique et*  
898, 5 janvier

abondante, on  
ort extérieur,  
n simple.  
liaphragme et  
our rejeter le  
vomissement  
surdistension  
x...  
vomissements  
si convient le  
t quand il est  
tu lait à la fin

ors, que chez  
sque la sécré-  
ns ces cas, il  
es et espacées  
prenne qu'un  
minutes. On  
raître, et les  
ienter rapide-

nt ne reçoit  
etc...),  
norales vives,  
it aussi déter-  
nts et de la

C'est en recherchant avec soin ces causes qu'on arrivera à faire cesser les vomissements, car les enfants qui ne peuvent digérer le lait maternel sont excessivement rares.

Chez les enfants nourris au biberon, deux facteurs interviennent dans la provocation du vomissement : *la quantité* du lait ingéré à chaque repas : *la qualité* du lait.

Bien souvent, la quantité du lait n'est pas rigoureusement mesurée, ou bien encore elle est excessive et hors de proportion avec la capacité stomacale. Il suffit alors de diminuer la quantité du liquide ingéré et d'espacer convenablement les tétées pour amener une diminution, puis la cessation complète des vomissements. Il faut être prévenu, cependant, que l'intolérance stomacale peut durer plusieurs semaines.

Les altérations du lait produisent aussi fréquemment les vomissements. La stérilisation domestique est hérissée de difficultés pratiques et, le plus souvent, est mal faite, les biberons sont sales et les vomissements souvent associés à la diarrhée en sont la conséquence.

Dans ces cas, qui sont dus à de véritables intoxications, c'est la diète hydrique qui donne les meilleurs résultats.

Il faut également tenir très grand compte des vomissements déterminés par certains médicaments auxquels l'estomac de l'enfant est extrêmement sensible : calomel, liqueur de Van Swieten, naphtol, bétol, etc...

Pour combattre la diarrhée chez les enfants, VARIOT conseille la potion suivante :

Eau distillée.....	60 grammes.
Acide lactique...	2 grammes.
Tannin à l'alcool.	50 centigr. à 1 gr. suivant l'âge.
Sirop simple....	30 gr.

Une cuillerée à café avant chaque tétée.

Il y a lieu, également, de rechercher si le lait absorbé par l'enfant n'a pas été bouilli dans une casserole de cuivre, les composés cupriques déterminant facilement les vomissements; il faut également s'enquérir et savoir si l'enfant n'a pas avalé de corps étrangers.

Enfin, les vomissements peuvent se produire sous l'influence de la dentition et leur ténacité peut faire croire à une méningite. L'étude de l'état général et la température permettent de faire, le plus souvent, le diagnostic ; mais, dans nombre de cas, le médecin sera obligé de rester sur la réserve.

Quant aux vomissements de l'invagination intestinale et de l'étranglement herniaire, leurs caractères spéciaux (douleur et odeur fécaloïdes) mettront sur la voie du diagnostic qui sera complété par une exploration complète et attentive de l'abdomen.

En résumé, les causes des vomissements des nourrissons sont variées ; mais les plus fréquentes sont : la suralimentation et la mauvaise qualité du lait.

Le remède sera donc l'emploi du lait stérilisé de bonne qualité, en graduant et en espaçant les tétées. Les alcalins, surtout l'eau de Vichy donnée par cuillerée avant chaque tétée, constituent un excellent adjuvant au régime alimentaire.

Dr M. O.

## RENSEIGNEMENTS OFFICIELS

### SUR L'HYGIÈNE PUBLIQUE

#### Epizooties. — Tuberculose. — Exécution de l'article 36 du Code rural. — Instructions ministérielles

La loi du 21 juin 1898 sur le Code rural établit en son article 36 que :

« Dans les cas de morve et de farcin, de tuberculose dûment constatés, les animaux doivent être abattus sur ordre du maire.  
« Quand il y a contestation sur la nature de la maladie entre le vétérinaire sanitaire et le vétérinaire que le propriétaire aurait fait appeler, le Préfet désigne un troisième vétérinaire, conformément au rapport duquel il est statué »

D'autre part, il résulte de l'article 52 du Code rural et de l'article 81 de la loi de finances du 13 avril 1898, qu'au cas où l'autopsie de l'animal abattu par ordre démontrerait que cet animal n'était pas atteint de tuberculose, le propriétaire aurait droit à une indemnité égale à la totalité de la valeur de l'animal abattu diminuée du produit de la vente de la viande.

En attendant le règlement d'administration publique qui doit intervenir pour l'exécution du Code rural, dès que toutes ses dispositions auront été votées par le Parlement, il a paru qu'il y avait lieu de fixer dès à présent les conditions dans lesquelles devront être effectués les abatages d'animaux prescrits par l'article 36.

Cet article assimile complètement la tuberculose à la morve et au farcin et n'établit aucune différence entre ces maladies quant à la procédure à suivre en matière d'abatage. Il s'en suit que pour la tuberculose comme pour la morve l'abatage ne devra être prescrit que dans le cas seulement où la maladie sera dûment constatée, c'est-à-dire quand elle s'accusera par des symptômes, par des signes cliniques résultant sans aucun doute de lésions organiques de nature tuberculeuse.

Quant aux bovidés qui auront réagi à la tuberculine sans présenter de signe clinique de la maladie, ils ne pourront en aucun cas faire l'objet d'abatage.

Le diagnostic de la tuberculose est difficile à établir, même à une période avancée de la maladie. Avant de demander l'abatage d'un animal suspect, le vétérinaire sanitaire devra donc s'assurer par tous les moyens dont il peut disposer que cet animal est réellement tuberculeux.

Dans la grande majorité des cas, l'injection de tuberculine lui permettra d'attribuer aux signes cliniques la signification qui leur appartient. Si dans ces conditions l'animal suspect réagit nettement à la tuberculine, il peut affirmer l'existence de la tuberculose.

Mais il arrive parfois que certains animaux tuberculeux ne donnent à l'épreuve de la tuberculine qu'une réaction douteuse, ébauchée en quelque sorte, ne permettant pas une conclusion ferme. Ce sont le plus souvent des animaux gravement tuberculeux arrivés à la dernière période de la maladie, phthisiques au sens propre du terme; alors les symptômes de la maladie sont manifestes et le diagnostic peut être établi sans recourir à la tuberculine.

C'est dans ce cas surtout que le propriétaire et son vétérinaire pourront contester la nature de la maladie et s'opposer à l'abatage en se basant sur ce que l'animal n'aura pas réagi à la tuberculine. Les préfets doivent alors, conformément aux dispositions du deuxième paragraphe de l'article 36, faire trancher le différend par un troisième vétérinaire, qui parait, dans la circonstance,

devoir être le vétérinaire délégué, et département.

On évitera ainsi toute chance d'erreur et sauvegardera tout à la fois les intérêts du Trésor public.

Néanmoins, il faut prévoir le cas où l'animal donnerait lieu à l'application de l'article 81 de la loi de finances du 13

Avril 1898. A cet effet, l'exécution de l'ordre d'abatage de l'évaluation de l'animal faite par le expert désigné par la partie; a défaut, le vétérinaire sanitaire opérera seul.

Il sera dressé un procès-verbal de l'opération, que le juge de paix le contresigneront.

Dans le cas où l'autopsie démontrerait que l'animal n'était pas atteint de tuberculose, le vétérinaire devra être adressé dans un délai de 15 jours à l'agriculture qui effectuera le règlement.

Ce procès-verbal sera accompagné :

1° La demande d'indemnité formée  
2° Une copie certifiée conforme par le vétérinaire  
3° Un certificat constatant que l'animal a été sacrifié.

4° Une déclaration du propriétaire, constatant que l'animal a été sacrifié.

## NOUVELLES & IN

### UNIVERSITÉ D

Sur le tableau d'avancement du pour 1899, nous relevons avec notre sympathique collaborateur et classe pour le grade de médecin. Nous lui adressons nos bien sincères

— Le cinquième Congrès français se tiendra à Lille, le vendredi 28 janvier, sous la présidence de M. le professeur GRASSE.

Les trois questions suivantes seront discutées au Congrès :

- 1° Des myocardites;
- 2° Des adénies et leucémie
- 3° L'accoutumance aux m

Ont bien voulu accepter de faire rapport sur la 1<sup>re</sup> question, MM. HUCHA de Lyon.

Sur la 2<sup>e</sup> question, MM. DENIS, de Bordeaux.

Sur la 3<sup>e</sup> question, MM. SIMON de Gand.

Ces rapports seront imprimés et distribués environ avant l'ouverture du Congrès.

Tous les membres du Congrès sont invités à faire des communications sur les sciences médicales.

Toute demande de renseignements



# L'ÉCHO MÉDI

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté

### COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Kéraval, directeur de l'École de Médecine ; De Lapersonne, professeur agrégé ; Looten, médecin des hôpitaux, membre correspondant ; Moty, médecin principal, professeur agrégé, chargé d'enseignement ; Mont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque changement

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Les infections bronchiques aiguës, par le docteur G. Carrière. — BULLETIN MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Les infections bronchiques aiguës

par le docteur G. Carrière.

Professeur agrégé des Facultés de Médecine

Chef du Laboratoire des Cliniques à la Faculté de Lille.

Leçon d'ouverture des conférences de Pathologie interne

MESSIEURS,

Les voies respiratoires au-dessous du larynx et jusqu'aux alvéoles pulmonaires peuvent se diviser en quatre départements bien distincts. Le premier va de la glotte à l'entrée des bronches dans le poumon ; c'est la partie trachéo-bronchique. Le second va de l'entrée des bronches dans le poumon, jusqu'à l'engagement des bronches de subdivision dans les interlobes des lobules composés : ce sont les bronches de distribution. Le troisième est compris entre les lobules composés : ce sont les bronches intervalvéolaires ; quant au quatrième, ce sont les bronchioles, bronchioles intralobulaires et bronchioles terminales qui le constituent.

Tous ces canaux, tous ces tubes, sont tapissés par

une muqueuse qui se continue avec la muqueuse laryngée d'une part, et la muqueuse alvéolaire d'autre part.

C'est à l'inflammation de la muqueuse bronchique que l'on donne le nom de bronchite. Ce nom, du reste, s'applique à l'inflammation de l'un quelconque des départements de la muqueuse. Le quatrième phénomène inflammatoire particulier : c'est la bronchite.

L'inflammation des bronches est ce que nos pères appelaient la toue. Inflammation, catarrhe, toue, c'est la conséquence d'une perturbation de la muqueuse.

« Normalement, disais-je, la muqueuse bronchique attire puis rejette au dehors les sécrétions des glandes. Si l'humidité de l'air, la poussière, la maladie apparaît : elle la retient toute, s'il la retient, le catarrhe qui apparaît.

Cette théorie surannée a été ébranlée sous les efforts de VAN HAECKE et BROUSSAIS.

Aujourd'hui l'inflammation est le résultat de l'action d'un agent mécanique ou d'un agent chimique ; —

mêmes conclusions ; mais, affirme-t-il, les micro-organismes du mucus bronchique normal sont moins nombreux que ne le veut von BESSER. Ils deviennent de moins en moins nombreux à mesure que l'on descend dans les fines ramifications de l'arbre bronchique, et il se passe ici ce qui se passe dans l'expérience du long tube effilé de PASTEUR : si vous faites passer un courant d'air chargé de microbes dans un long tube effilé, vous constaterez que le nombre des micro-organismes déposés sur la paroi du tube est considérable à l'entrée, infinitésimal à la sortie.

PANSINI, en 1895, isole du mucus bronchique normal 21 espèces microbiennes distinctes.

KLIPSTEIN, enfin, en 1898, prétend que la flore microbienne est moins abondante que ne l'ont dit ses prédécesseurs : les voies respiratoires inférieures ne renfermeraient pas de microbes, en revanche on en trouve de nombreux dans les grosses bronches et la trachée.

La conclusion de ces recherches est la suivante : *à l'état normal on trouve, dans la trachée et les bronches, des espèces microbiennes variées, dont le nombre va en diminuant au fur et à mesure que l'on approche de l'alvéole ; parmi ces espèces, certaines sont pathogènes, d'autres peuvent le devenir.*

S'il en est ainsi, me direz-vous, tout le monde devrait avoir des bronchites ! — Non, Messieurs, tout le monde n'a point des bronchites, car l'organisme ne se laisse point facilement envahir par ses hôtes dangereux ; il a ses moyens de défense.

Nous touchons, ici, à une des plus graves questions de la pathologie générale, traitée récemment par M. CHARRIN, dans son cours du Collège de France.

Pour se défendre contre l'invasion microbienne, la muqueuse bronchique possède : 1° des cils vibratiles destinés à repousser, à expulser, à rejeter au dehors l'envahisseur menaçant ; 2° Une sécrétion bactéricide qui l'engluie et le tue ; 3° Des réactions phagocytaires.

Vous savez, Messieurs, que certains éléments cellulaires, désignés, par les Allemands, sous le nom de Staubzellen, s'occupent spécialement d'appréhender au corps les microbes envahisseurs, de les digérer autant que possible et de les rejeter morts à l'extérieur.

Peu nous importe que ces éléments cellulaires proviennent des cellules épithéliales, comme le veulent VIRCHOW, KNAUFF, RUPPERT et FLEINER ; des leucocytes comme le veulent METCHNIKOFF, SLAVIANSKY et TCHISTOWITCH ; qu'ils proviennent enfin des deux

origines comme le veulent SCHÖTTELIUS, ARNOLD et FLECK ; leur but est le même : arrêter l'invasion microbienne.

4° La muqueuse normale semble imperméable aux microbes comme l'ont démontré FLUGGE et MORSE. MUSTRATBLUTH, BÜCHNER, FLETH ont, il est vrai, combattu leurs conclusions, mais, à leur tour, ont-ils vu cette invasion sur des épithéliums absolument sains ? c'est ce qui ne ressort pas assez nettement de leurs travaux.

Telles sont, Messieurs, les défenses que possède la muqueuse bronchique contre l'invasion microbienne. Une seule de ces défenses vient-elle à faiblir, le nombre des envahisseurs devient-il trop considérable, leur virulence est-elle exagérée : l'organisme est vaincu, il y a maladie.

Voici donc un premier mode d'infection bronchique : c'est l'infection sur place. Il peut y avoir aussi infection exogène. Ici l'armée microbienne arrive de l'extérieur, du larynx, du naso-pharynx, entraînée par l'air lui-même ou par la sécrétion muqueuse : « le rhume de cerveau tombe sur la poitrine » comme le dit le vulgaire. Les envahisseurs nouveaux, venus du dehors, parfois en grand nombre, avec une virulence quelquefois redoutable, triomphent de nos leucocytes et ici encore la bronchite est constituée.

Enfin l'infection peut être endogène. Nos ennemis, en ce cas, sont apportés non plus par l'air, mais par le sang qui irrigue la muqueuse bronchique ; ils la lèsent, et voilà encore la bronchite constituée.

En pratique, Messieurs, il est bien difficile de faire la part des choses et de savoir si l'infection s'est faite sur place, si elle est venue du dehors ou du dedans et il n'y a pas lieu, en conséquence, de maintenir la classification de MARFAN en infections bronchiques exogènes, infections bronchiques endogènes. Je prends comme exemple les bronchites de la syphilis secondaire que MARFAN plaçait dans le cadre des bronchites endogènes ; est-elle bien d'origine endogène ? Oui, si elle est due au bacille spécifique de la syphilis ; non, si, comme il est probable, cette bronchite est due à une infection secondaire. Il en est de même pour la bronchite malarienne : tant qu'on ne sera pas fixé sur la nature de ces bronchites on ne pourra rien présumer de leur origine.

MARFAN établissait encore une autre distinction entre les infections bronchiques. Il y en a, disait-il, de spécifiques dues à des agents spécifiques déter-

minés ; il y en a de non spécifiques dues à des microbes variés.

On ne peut guère admettre cette classification. A part les bronchites tuberculeuses, charbonneuses, dont la nature spécifique est prouvée, toutes les autres sont de nature encore indéterminée. Les bronchites de la grippe, de la fièvre typhoïde, par exemple, ne sont qu'exceptionnellement dues au bacille de PFEIFFER ou à celui d'EBERTH ; habituellement elles résultent d'infections secondaires nullement spécifiques. Cette seconde classification n'est donc pas, jusqu'à nouvel ordre, plus justifiée que la première.

*En résumé, les bronchites infectieuses ne sauraient, jusqu'à nouvel ordre, jusqu'à ce que des recherches suivies en aient fixé la nature exacte, se subdiviser en classes secondaires.*

Ceci nous mène à parler de la bactériologie générale des bronchites aiguës.

Parmi les microbes le plus souvent en cause dans la production des bronchites, c'est assurément le pneumocoque de TALAMON-FRANKEL qui tient la première place.

MARFAN l'a trouvé dans l'expectoration de tous les sujets atteints de bronchites qu'il a examinés. Ceci est aisé à comprendre puisque le pneumocoque est l'hôte le plus habituel des cavités bronchiques.

Immédiatement après lui, comme fréquence, vient le streptocoque. C'est surtout dans les bronchites de l'enfance que HUTINEL et CLAISSE l'ont rencontré. COMBY, il est vrai, ne partage pas leur opinion et croit que le pneumocoque est aussi souvent en cause.

Le pneumobacille de FRIEDLANDER a été trouvé par CLAISSE dans 7 cas, par SILVESTRI dans 3 cas. TRIPOT, dans sa thèse, y a consacré une étude fort complète.

Le colibacille serait la cause de certaines bronchites des enfants en bas âge et atteints d'affections gastro-intestinales : c'est ce qui ressort des recherches de SEVESTRE et LESAGE.

On a trouvé enfin une foule d'autres espèces microbiennes ; je vous citerais seulement les espèces chromogènes rencontrées dans certains cas par FRICK, par COMBEAUX et FRANÇOIS.

Voilà, Messieurs, où nous en sommes bactériologiquement. Ces recherches, il ne faut pas se le dissimuler, sont bien loin d'être closes et celui qui les reprendrait sérieusement, d'une façon suivie, éclairerait sans doute bien des problèmes, obscurs encore, de l'histoire des bronchites aiguës.

Enumérons maintenant les infections bronchiques aiguës.

Dans la grippe, la bronchite aiguë est la règle, surtout dans certaines épidémies, et COMBY, en 1893, a trouvé 27 fois la bronchite sur 27 cas de grippe. Cette bronchite a des caractères particuliers dont nous nous occuperons dans la prochaine leçon. Elle est due soit au bacille de PFEIFFER qui fourmille dans les crachats, soit à des associations streptococcique, pneumococcique ou staphylococcique.

Dans la dothiéntérie, la bronchite est aussi très fréquente. CHANTEMESSE et WIDAL, POLGUÈRE ont trouvé dans 2 cas, le bacille d'EBERTH, mais il faut faire à ce sujet quelques restrictions et se demander si ces auteurs n'ont pas confondu ce microbe avec le colibacille. Dans l'immense majorité des cas, les bronchites de la fièvre typhoïde sont dues à des pneumocoques, au streptocoque ou au staphylocoque.

bronchite est aussi très fréquente. ANON y ont trouvé leur microbe souvent, il s'agit de microbes

non spécifiques de la diphtérie, mais connues au point de vue

bronchite érysipélateuse, SCHLUMBERGER a trouvé le streptocoque de FEHLER.

Enfin, le bactériologiste la bronchite est fréquente. LODGE fils ont affirmé que la bronchite est très souvent par les bronches.

Les tuberculeux, vous verrez que la bronchite est non spécifique. Le phthisique, tout préparé pour la pullulation, les défenses de défense sont affaiblis.

La bactériologie nous apprend que le streptocoque, le pneumocoque, le tétragène qui sont le plus sou-

vent, quelquefois brusquement les cas de MUSSY, PARROT, GUBLER et autres.

Les cas de la coqueluche sont fréquents. On a vu tous les micro-organismes spécifiques de cette affection (proprement d'ailleurs) qu'il s'agit, secondaires.

Enfin, dans les maladies pulmonaires, la bronchite est une chose de règle. On la note dans

les congestions actives, la pneumonie, la pleurésie.

Les bronchites aiguës de l'impaludisme sont encore bien mal connues et, si l'on ne discute plus sur leur réalité, leur pathogénie est des plus obscures.

La morve s'accompagne fort souvent de bronchite.

Combien de fois, Messieurs, entendez-vous des syphilitiques vous dire : « C'est curieux comme je m'enrhume facilement depuis que je suis malade ! » Cette constatation est fort juste. Le syphilitique est sujet aux bronchites, que ces bronchites soient dues à l'iodurisme, au microbe spécifique ou à des infections secondaires : questions irrésolues.

Le typhus s'accompagne quelquefois de bronchites aiguës. CANALI a rapporté une observation de bronchite due à l'actinomycose ; seul le début de la maladie fut aigu, la marche en fut chronique.

Dans les infections descendantes du pharynx, du larynx et du naso-pharynx, c'est le pneumocoque et le streptocoque qui sont le plus souvent en cause. Enfin dans les états cachectiques, adynamiques, chez les mourants, la bronchite est fréquente.

Dans tous ces cas, Messieurs, la pathogénie est identique : la maladie infectieuse, la cachexie prépare le terrain, affaiblit ou annihile les défenses de l'organisme, l'infection bronchique peut se réaliser.

II. — A côté de ces bronchites infectieuses il en est d'autres où la bronchite semble due à l'action des poisons sur la muqueuse des bronches. Ces poisons sont exogènes, c'est-à-dire introduits dans l'organisme, ou autochtones, fabriqués par l'organisme lui-même.

La première classe comprend les bronchites iodiques, bromiques ou cantharidiques. Combien de fois, Messieurs, serez-vous obligé de suspendre un traitement ioduré ou bromuré à cause de la bronchite intense qu'il produit ?

Quant à la cantharidine elle détermine de violentes poussées bronchiques et c'est de cet alcaloïde que se sont servis CORNIL et RANVIER pour reproduire expérimentalement la bronchite chez l'animal.

L'alcool qui s'élimine en partie par les bronches et le poumon peut aussi déterminer des bronchites aiguës : l'alcoolique s'enrhume en sortant du café.

WACHSOLZ enfin a signalé des bronchites dans l'empoisonnement par l'acide carbonique.

Les bronchites dues à des auto-intoxications sont tout aussi fréquentes. Vous les trouverez dans l'urémie rénale, l'insuffisance hépatique, chez les arthritiques,

les diabétiques et les gouteux. BENGE JONES, dans ce dernier cas, a souvent trouvé la muqueuse bronchique incrustée de sels d'urate de soude. Vous les trouverez aussi chez les dilatés de l'estomac (BOUCHARD et LEGENDRE).

Quelle est la nature intime de ces bronchites toxiques ? Deux théories sont ici en présence. L'une fait de la bronchite le résultat de l'action irritative des poisons sur les glandes bronchiques par lesquelles ils s'éliminent en partie. L'autre fait des bronchites toxiques une dépendance des bronchites infectieuses : le poison diminue la résistance des parois bronchiques en altérant le fonctionnement épithélial, glandulaire, et les réactions phagocytaires : l'infection se produit.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de se prononcer entre ces deux théories. Il serait nécessaire, pour résoudre le problème, d'instituer des recherches suivies pour faire la part de ce qui revient au poison et à l'infection.

III. — La troisième catégorie de notre classification comprend les bronchites mécaniques ou traumatiques. Les traumatismes susceptibles d'adultérer la muqueuse bronchique peuvent être endogènes ou exogènes.

Les traumatismes exogènes ? ce sont les poussières, les vapeurs irritantes. Les sujets que leur profession expose à respirer une atmosphère chargée de poussières animales, végétales, minérales ou métalliques sont sujets à la bronchite.

Ceux qui respirent des gaz irritants, comme les vidangeurs, ceux qui travaillent au milieu des vapeurs d'ammoniacque, de chlore, de brome, d'iode, d'acide picrique, d'acide nitrique, d'acide chlorhydrique, acétique, de gaz sulfureux, d'acide hypoazotique, le sont aussi.

REYNAULT et SARLET, dans ces derniers temps, ont décrit une bronchite spéciale chez les ouvriers qui travaillent la mélinite.

Poussières, gaz irritants ou délétères agissent vraisemblablement en lésant directement la muqueuse, en paralysant nos moyens de défense, en favorisant l'infection.

Les bronchites aiguës par traumatismes endogènes sont celles qui succèdent aux lésions cardio-vasculaires. Je ne parle pas ici de ces bronchites dues à la stase sanguine du cœur droit : ce sont là des bronchites torpides et non aiguës : je parle des bronchites aiguës, actives, telles qu'on les observe dans l'insuffisance aortique ou dans les angio-névroses.

Ces bronchites ont une pathogénie bien obscure. Il semble que dans ces cas il n'y pas à proprement parler bronchite, car il n'y a pas inflammation de la muqueuse, il y a simplement flux séreux, sécrétion glandulaire exagérée.

*Bronchites infectieuses, bronchites toxiques, bronchites mécaniques, toutes, en résumé, semblent donc ressortir de l'infection microbienne. C'est elle qui domine toute l'étiologie des bronchites aiguës, notion précieuse, puisqu'elle vous permet de prévoir la prophylaxie et même jusqu'à un certain point la symptomatologie de cette affection.*

Mais, arrivé au terme de cette étude étiologique, vous devez vous demander, Messieurs, ce que je fais de la bronchite à frigore. Je ne l'ai point oubliée, bien loin de là.

Il est de notion courante qu'en dehors de toute infection, de toute intoxication, de tout traumatisme, il existe des bronchites aiguës (et c'est le plus grand nombre) que l'on ne peut attribuer qu'à un refroidissement local ou général. Dans quelle catégorie allons-nous les placer ?

De nombreuses recherches ont été entreprises pour élucider la pathogénie de cette bronchite : ROSSBACH, RIEGEL et ACKERMANN l'ont reproduite expérimentalement.

Je crois, Messieurs, que la bronchite à frigore peut rentrer à la fois dans les trois catégories précédemment décrites.

L'air froid respiré peut agir sur la muqueuse bronchique à la façon d'un trauma, diminuer la résistance des épithéliums, des leucocytes, favoriser l'infection. Dans des recherches entreprises avec mon ami le docteur CASTETS, communiquées à l'Académie de médecine en 1897, et destinées à élucider la pathogénie de ces accidents à frigore, nous avons établi que chez l'animal refroidi il y avait à la fois intoxication et infection. L'intoxication est prouvée par ce fait que le sérum sanguin des animaux refroidis est quatre fois plus toxique que celui des témoins. L'infection est démontrée parce que le sang, stérile avant le refroidissement, donne des cultures après qu'il a eu lieu. Ces données sont précieuses et pourraient peut-être s'appliquer aux bronchites aiguës.

Ce qu'on peut affirmer, c'est que la fonction bactéricide des humeurs, qui est sous la dépendance du système nerveux (BOUCHARD et ses élèves), est diminué



à la suite du refroidissement : l'infection peut donc se produire.

Nous voilà arrivés, Messieurs, au terme de ce chapitre d'étiologie générale des bronchites. Si j'ai été un peu long c'est que je voulais que vous eussiez bien présents à l'esprit les cas dans lesquels l'infection se produit et comment elle se produit, afin que dans la pratique, vous puissiez agir en toute connaissance de cause. Non seulement au point de vue curatif, mais au point de vue de la prophylaxie.

Bien que la mort, dans les bronchites, soit relativement rare, elle se produit quelquefois du fait de l'affection causale.

A l'autopsie, en ouvrant les bronches, vous trouverez alors une muqueuse rouge vif, carminée, d'autant plus apparente qu'elle aura été détergée du mucus ou du muco-pus qui la recouvrait.

Elle a parfois un aspect granité et est ponctuée d'ecchymoses.

Dans les petites bronches, le muco-pus est abondant et vous le verrez sourdre de leur lumière comme une goutte jaune verdâtre, opaque, visqueuse, si vous pressez le parenchyme pulmonaire.

Toutes les parties constituant de la bronche sont du reste lésées dans les bronchites aiguës.

1° Epithélium. — Le premier fait, pour HAMILTON, c'est la chute des cils vibratiles, la disparition du plateau strié qui surmonte la cellule. Le protoplasma de celle-ci, infiltré de substance muqueuse, se gonfle, distend la cellule qui ne tarde pas à éclater, déversant dans la bronche leur contenu muqueux. La cellule elle-même, dont le noyau est nécrosé, ne tarde pas à desquamer. Elle peut, du reste, indépendamment de cette dégénérescence muqueuse, subir la tuméfaction trouble ou la nécrose de coagulation.

Les cellules épithéliales sont dissociées par des cellules mononucléaires ou polynucléaires, leurs débris se retrouvent dans l'expectoration et les leucocytes nécrosés vont former des globules de pus ;

2° Les glandes sont tuméfiées ; par leur goulot dilaté on voit parfois sourdre une goutte de pus. Les épithéliums glandulaires présentent les mêmes altérations que les épithéliums de revêtement. Autour des culs-de-sac glandulaires, on note une infiltration leucocytaire prononcée ;

3° Les vaisseaux dilatés sont souvent entourés d'un manchon de leucocytes mono et polynucléaires.

Les lymphatiques sont bourrés de leucocytes. Les

fibres élastiques et les fibres musculaires lisses peuvent, si le processus est plus profond, être dissociées par l'infiltration leucocytaire.

Les fibres musculaires, en ces cas, sont souvent dégénérées : ceci explique l'évolution ultérieure de la dilatation bronchique. Les cartilages sont ordinairement épargnés, sauf dans certaines bronchites suppuratives (celles de la typhoïde en particulier) où l'on a noté des chondrites suppurées ou ossifiantes. Les petits ganglions péribronchiques sont aussi tuméfiés : cette tuméfaction légère ou peu marquée dans les bronchites légères est souvent très accentuée dans les bronchites infectieuses : en ce cas il peut même y avoir suppuration ganglionnaire. Enfin, en certains cas, on peut constater de visu, sur les coupes, la pénétration microbienne.

Telles sont, Messieurs, les lésions anatomo-pathologiques communes à toutes les bronchites aiguës. Ajoutons que, dans certaines bronchites il y a des lésions véritablement spécifiques.

C'est ainsi que dans la morve, on retrouve les granulations, le chancre caractéristique de cette infection.

C'est ainsi que dans la variole on peut retrouver des pustules sur la muqueuse bronchique.

Mais ce sont là cas très rares, qui ne sauraient nous arrêter bien longtemps.

Vous venez de voir, Messieurs, comment les agents microbiens, cause des bronchites, s'introduisent dans la place, comment ils l'envahissent ; vous avez vu les réactions de défense de celles-ci ; vous avez vu les dégâts de la lutte ; nous allons maintenant étudier les signes révélateurs de cette lutte.

Nous avons appris que la lésion réactionnelle de l'invasion microbienne, c'était la dégénérescence, la fonte ou la nécrose de l'épithélium, c'était l'exode leucocytaire, la mort de certains de ces défenseurs.

Ces produits cellulaires ou sécrétoires, tombés dans la cavité bronchique, vont l'obstruer plus ou moins, donnant naissance à des symptômes fonctionnels, à des symptômes physiques.

D'un autre côté les micro-organismes qui pullulent dans cet exsudat non bactéricide, dans cet épithélium altéré, dans cette paroi bronchique peuvent :

a) Envahir secondairement l'organisme tout entier : le fait est exceptionnel,

b) Sécréter des substances toxiques, des toxines.

Dans l'un et l'autre cas se produisent des symptômes généraux.

L'intoxication, Messieurs, joue un rôle important dans la genèse de ces accidents généraux. Si, en effet, suivant l'exemple de CLAISSE, nous prenons des crachats de bronchite aiguë, si nous débarrassons ces crachats des microorganismes qu'ils renferment, nous pourrions nous convaincre qu'ils possèdent une toxicité très marquée, et, en les injectant à l'animal, nous pourrions obtenir l'hyperthermie, la dyspnée et des dégénérescences viscérales.

Étudions maintenant ces trois sortes de symptômes.

**Signes fonctionnels.** L'accumulation des produits de sécrétion, des débris cellulaires desquamés et dégénérés, des leucocytes plus ou moins altérés, dans la lumière des bronches, va déterminer l'apparition de deux ordres de symptômes.

1° Elle va exciter les régions tussipares des bronches, d'où *la toux*; 2° Ces produits vont être rejetés au dehors par l'*expectoration*.

Ce sont là les deux symptômes fonctionnels capitaux des bronchites aiguës.

a) *Toux*. — La muqueuse des bronches est douée d'une sensibilité exquise; dès qu'un corps étranger quelconque, liquide ou solide, vient la chatouiller, il se produit un acte réflexe destiné à rejeter l'intrus au dehors.

NICAISE a démontré que les bronches se dilataient pendant l'expiration. Or, la toux est un phénomène expiratoire. Normalement, dans la respiration calme, les crachats cheminent vers la trachée, sous l'influence des mouvements des cils vibratiles, et sous l'influence du courant d'air expiratoire. Quand ces crachats arrivent dans une région plus sensible (tussipare), il en résulte un mouvement réflexe qui décuple les forces expiratoires, et quand le crachat parvient aux régions bien plus sensibles de la trachée, l'effort plus violent encore aboutit au rejet du crachat.

C'est à ce mouvement expiratoire qu'on donne le nom de toux.

L'arc réflexe de la toux nous est bien connu à l'heure actuelle. L'influx sensitif suit le pneumogastrique pour arriver au centre (ROSENTHAL a constaté qu'après la section du vague, la toux ne se produisait plus). Les recherches de KORR ont établi que le centre de la toux était situé dans la moelle allongée au voisinage du centre respiratoire. Les voies centrifuges de l'influx moteur sont les nerfs phréniques et intercostaux.

La toux, dans les bronchites aiguës, présente deux caractères principaux : a) Si l'exsudat n'est pas encore fluide, s'il y a seulement hyperémie (c'est ce qui se passe au début de la bronchite), *la toux est sèche, brève, quinteuse*. Elle est constituée par des séries de saccades expiratoires, plus ou moins nombreuses, plus ou moins vives, réveillant parfois des douleurs cuisantes en arrière du présternum, aux insertions du diaphragme et des intercostaux; b) Si l'exsudat est fluide, *la toux est grasse*. Ici les saccades expiratoires sont suivies d'effets et s'accompagnent du rejet d'un ou de plusieurs crachats.

La toux est donc un acte salutaire, puisqu'il est destiné à débarrasser les bronches des produits toxiques ou infectieux qui les encombre.

Rappelez-vous de ce fait, Messieurs, et ne cherchez pas à combattre systématiquement la toux dans les bronchites. Faites-le seulement quand elle devient trop douloureuse, quand elle est une cause d'insomnie ou lorsque vous craignez l'apparition de l'emphysème ou de la dilatation des bronches.

2° *Expectoration*. Les crachats, dans les bronchites aiguës, sont muqueux, muco-purulents, purulents.

Les *crachats muqueux* se trouvent au début des bronchites aiguës : c'est le sputum crudum des anciens : ils sont transparents, incolores, visqueux, aérés et mousseux.

Ils renferment de l'eau, des sels (phosphates, chlorures, carbonates et sulfates de sodium, de potassium, de chaux, de magnésie et de fer).

Si vous y ajoutez quelques gouttes d'alcool ou d'acide acétique il se forme des filaments opaques de *mucine*.

SALOMON y a retrouvé du glycogène, ESCHERICH, un ferment analogue à la trypsine.

Examinez ces crachats au microscope. Vous constatez qu'ils renferment fort peu d'éléments cellulaires. Ceux-ci sont des cellules en dégénérescence muqueuse ou des leucocytes.

Les premières sont rondes ou aplaties, leur contenu est finement granuleux, leur noyau est à peine visible. Parfois elle présente encore quelques cils.

Si vous ajoutez une goutte d'acide acétique étendu, vous constatez que ces cellules gonflent, deviennent transparentes; leur noyau est alors très net, leurs contours très marqués, elles renferment quelquefois des vacuoles.

Si vous colorez par la thionine phéniquée, vous voyez

le protoplasma de ces cellules se colorer en rouge violacé (réaction de la substance muqueuse).

Les leucocytes que vous y rencontrez sont parfois dégénérés, nécrosés, parfois ils présentent les réactions colorantes qu'ils ont à l'état de vie : ce sont des leucocytes polynucléaires et mononucléaires qui dominent. J'y ai retrouvé des cellules éosinophiles en proportion anormale, 7 %.

Enfin vous y trouverez des micro-organismes variés.

Les crachats muco-purulents n'apparaissent qu'un peu plus tard dans l'évolution des bronchites aiguës. Examinez alors le crachoir de votre malade : au milieu de parties muqueuses transparentes vous voyez des parties purulentes opaques, jaunâtres ou verdâtres. Le mélange des deux substances est tantôt intime, tantôt les parties purulentes flottent dans le liquide ou se déposent au fond.

Leur composition chimique est la même : les sels y sont plus abondants, on y trouve de la pyine et de la nucléine, rarement de la cholestérine. Microscopiquement ce sont les globules de pus qui dominent. Ils sont arrondis, leur protoplasma est irrégulièrement granuleux, leurs noyaux sont mal colorés.

On y trouve encore des leucocytes polynucléés et rarement des plaquettes de cholestérine.

Les crachats purulents sont verdâtres, opaques, fluides. Leur odeur est fade. Ici plus de mucus, les épithéliums sécréteurs sont détruits ; il n'y a que des globules de pus. Dans quelques cas l'expectoration est sanglante, l'hypérémie a été trop intense, il y a de

res. Enfin on a signalé des cas avec expectoration fibrineuse. présence d'un exsudat dans obstacle au passage de l'air, révélés par l'examen des

e thorax de vos malades, ne présente rien d'anormal. votre oreille sur la paroi ez aussitôt un ensemble de tés au murmure vésiculaire

se sont les râles de la bron- que l'exsudat existe ou est rticuliers qui permettent de des râles humides.

sent quand l'exsudat est fort

épais, ou quand il manque : en ce cas on les attribue à l'épaississement de la muqueuse hyperémisée et comme engluée.

On les subdivise en râles ronflants, râles sibilants.

Le râle ronflant a une tonalité très grave. LAENNEC la comparait au ronflement de l'homme qui dort, au son d'une corde de basse qu'on frotte avec le doigt, au roucoulement de la tourterelle.

Il se passe dans les grosses bronches.

Le râle sibilant a une tonalité plus aiguë, il ressemble à un sifflement prolongé. Quelquefois bref il se rapproche du « cri des oiseaux » (LAENNEC). Il prend naissance dans les bronches moyennes.

Les caractères de tous ces râles sont les suivants :

1° Ils sont mobiles, c'est-à-dire se substituent les uns aux autres dans le cours de deux respirations successives, parfois même d'une seule. Ils disparaissent quelquefois pendant une ou plusieurs expirations. Ils changent de place ; 2° Ils se produisent surtout pendant l'expiration. C'est à l'expiration que se produit le premier râle de la bronchite ; c'est encore à l'expiration qu'on perçoit le dernier ; 3° Ils se propagent très loin, en avant comme en arrière, au sommet comme à la base : d'où l'impossibilité d'établir un diagnostic topographique.

Quand l'exsudat est fluide, ce ne sont plus des râles secs que vous allez percevoir ; ce sont des râles humides.

Ils sont constitués par une série de petits bruits éclatants, se succédant plus ou moins rapidement. Ils sont irréguliers. Ils changent d'aspect dans le cours d'une même respiration ou de deux respirations successives.

Ils se produisent aux deux temps de la respiration : surtout pendant l'expiration. Ils ont un caractère bullaire, c'est-à-dire, sont constitués par des bulles traversant un liquide. On ne saurait mieux les comparer qu'au bruit d'une pipe qui jute. Les bulles sont plus ou moins volumineuses suivant le diamètre où elles prennent naissance. Elles sont plus ou moins éclatantes suivant la profondeur de la situation de ces bronches.

Tels sont, Messieurs, les symptômes locaux des bronchites aiguës.

Mais, tous ces produits pathologiques qui encombrant les voies bronchiques possèdent parfois un pouvoir toxique bien mis en évidence dans les expériences de CLAISSE.

Ces toxines fabriquées dans les bronches vont être

résorbées et produiront les symptômes généraux, symptômes d'intoxication.

Mais ici, il vous faut tenir compte de la nature et de la virulence du microbe causal. Ces symptômes généraux varieront donc essentiellement suivant la cause de la bronchite.

Fièvre, courbature, céphalée, troubles digestifs, varieront donc suivant les cas : de là nécessité pour nous d'étudier dans la prochaine leçon les formes cliniques des bronchites aiguës.

Il m'est impossible, Messieurs, de vous dire quel est en général le pronostic des bronchites aiguës.

Ce qu'on peut dire c'est qu'une bronchite aiguë ne doit jamais être négligée.

La bronchite aiguë est chose très sérieuse parfois.

1° Elle peut passer à la chronicité ; 2° Elle peut envahir les fines ramifications bronchiques : bronchite capillaire ; 3° Elle peut ouvrir la porte à une infection secondaire plus grave et en particulier à la tuberculose ; 4° Elle peut retentir sur le cœur primitivement ou secondairement lésé et nous verrons ce que sont ces bronchites des cardiaques ; 5° Enfin, chez certains individus, chez les bossus elle a un pronostic particulièrement grave que nous étudierons.

Si donc une bronchite aiguë ne tue pas par elle-même, elle peut ouvrir la porte à une autre affection qui, elle, n'épargnera pas le malade.

Il est donc nécessaire d'être fixé de bonne heure sur le diagnostic de la bronchite aiguë pour intervenir activement et traiter efficacement la maladie. Le diagnostic est facile. Il repose tout entier sur la présence des râles bronchiques.

Ce sont ces râles dont la présence vous permettra de ne pas confondre la bronchite avec : 1° la toux hystérique ; 2° les toux réflexes (hépatique, rénale, utérine, gastro-intestinale).

Une fois le diagnostic de bronchite établi, il vous en faudra soigneusement rechercher la cause. Ce sera parfois difficile, mais c'est absolument nécessaire, car combattant la cause, vous combattrez l'effet, et vous aurez ainsi la clef d'une thérapeutique étiologique vraiment efficace.

Nous avons vu, Messieurs, que la cause des bronchites aiguës c'est l'infection microbienne, entraînant à sa suite l'encombrement des bronches par un exsudat réactionnel ; nous avons vu secondairement que c'était

l'en  
des  
ces  
thé  
4  
lect  
ron.  
l'or  
les  
mor  
toxi  
fave  
les  
sym

I.  
nou  
en  
guë  
bro  
ou  
C  
opp  
en  
Ogr  
anti  
et e  
à l'a  
qui

II  
par  
au  
de  
les  
gest  
tati  
stin  
des  
des  
II  
date  
mai  
cett  
a  
b

REN  
P  
don  
cha

Mais vous préférerez le jaborandi. Une infusion théiforme avec 3 gr. de feuilles de jaborandi détermine une véritable chasse du mucus (A. ROBIN) Vous favoriserez les contractions des fibres de REISSSEN au moyen de l'ipéca. Dès votre première visite, vous donnerez l'ipéca chez l'adulte, associé avec le tartre stibié selon la formule classique :

Poudre d'ipéca, 1 gr. 50 ; tartre stibié, 0,05 centigr. en 3 paquets.

Faire dissoudre chaque paquet dans un demi-verre d'eau. On prend chaque verre à une demi-heure d'intervalle et on s'arrête si le malade vomit avant le troisième verre. On conseille au malade de boire de l'eau tiède pour éviter les vomissements à vide. L'ipéca pris de la sorte a plusieurs avantages :

1° Il provoque la sécrétion des bronches, fluidifie l'exsudat ; 2° il excite la contraction des fibres de REISSSEN ; 3° il cure les bronches, car dans l'acte du vomissement les compressions successives auxquelles est soumis le poumon expriment le parenchyme pulmonaire.

Les jours suivants vous pourrez donner l'ipéca à doses réfractées : je ne vous le conseille pas : il est trop dépressif. Vous préférerez le kermès, l'oxyde blanc d'antimoine, l'aconit ou l'ergotine.

Vous formulerez le kermès ainsi qu'il suit :

Potion avec kermès minéral, 0 gr. 15 à 0 gr. 30 ; looch blanc du codex, 120 gr.

L'oxyde blanc se donne selon la formule. Potion avec :

Oxyde blanc d'antimoine . . . . .	2 à 6 gr.
Sp. d. polygala . . . . .	30 gr.
Julep gommeux . . . . .	90 gr.

à prendre par cuillerées à bouche dans la journée.

L'alcoolature de racine d'aconit se donnera aux doses de X à XXX gouttes par jour dans les tisanes. L'ergotine se donnera de 1 à 4 gr. par jour.

IV. Vous devrez encore, Messieurs, modifier les : moins toxiques, les supprimer. Les balsamiques vous fournissent plusieurs médicaments. Le principe baume de Tolu. On le donne de 30 à 40 gr. par jour ; sous sa forme de pilules selon sa formule. Pilules avec :

Tolu } à 4 gr.

A prendre de 4 à 8 par jour.

L'opium, tient, dans le traitement des bronchites aiguës, une place importante : il exerce une action d'arrêt sur la sécrétion bronchique. RENAULT le considère comme le médicament par excellence des bronchites aiguës. C'est lui qui entre dans la composition des sirops pectoraux (de LAMOUROUX, DE FLOU) ; des pâtes pectorales ; des bonbons pectoraux, et de nombre de potions béchiques. Sans doute l'opium a de grands avantages. Il calme la toux et les phénomènes douloureux qu'elle éveille, il calme les insomnies. Mais il ne faut point en abuser. La toux, nous l'avons vu, est un acte physiologique qu'il ne vous faut combattre que dans quelques conditions particulières. A la fin d'une bronchite ou dans le cours d'une bronchite avec toux fréquente violente et douloureuse, donnez l'opium et donnez-le suivant la méthode de RENAULT. Pilules avec :

Extrait thébaïque, 0,50 centigr. ; extrait de datura, de belladone ou de jasquiane, 0,25 centigr. ; f. s. a. 50 pilules.

Prendre 3 pilules avant de se coucher. La nuit, si on se réveille, en prendre une ou deux. Mais ne pas dépasser cette dose. L'eau de laurier-cerise, incorporée aux potions à la dose de 10 à 20 gr., donne aussi de très bons résultats.

V. En dernier lieu, avons-nous dit, il vous faudra, Messieurs, favoriser l'élimination des substances toxiques élaborées dans les bronches et résorbées dans l'organisme. Vous y parviendrez : 1° par le régime lacté qui favorise la diurèse ; il n'est pas nécessaire, sauf indications spéciales, qu'il soit absolu ; 2° par l'ingestion des boissons chaudes qui favorisent la diurèse et la diaphorèse. C'est là le secret de l'efficacité des tisanes. « La tisane, disait AXENFELD, est une caresse pour la trachée et les bronches ». Conseillez-les à vos malades et choisissez parmi les innombrables espèces : l'hysope, le lierre terrestre, la capillaire, la guimauve, la réglisse, la violette, les quatre fleurs pectorales ; 3° vous y parviendrez aussi par les oxymels et en particulier par l'oxymel scillitique à la dose de 15 à 20 gr. dans les tisanes ; 4° enfin, c'est peut-être à ce mode d'action qu'est dû le succès du benzoate de soude si préconisé dans ces derniers temps. Trois ou quatre fois par jour faire prendre au malade, dans une infusion de tilleul ou d'oranger, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Benzoate de soude . . . . .	20 gr.
Sp. de polygala . . . . .	100 gr.
Julep gommeux . . . . .	200 gr.

A côté de ces traitements rationnels, il en est d'autres, peut-être un peu empiriques, mais dont l'action, bien qu'inexpliquée, est parfois très satisfaisante. De ce nombre est la révulsion. Certes, je ne vous engage pas à user des wlini, du thapsia ou des vésicatoires dont l'action est nulle ou douteuse. Mais ayez recours aux ventouses sèches, aux badigeons de teinture d'iode, aux enveloppements chauds et humides du thorax, aux cataplasmes sinapisés, vous n'aurez qu'à vous en féliciter.

Telles sont, Messieurs, les indications thérapeutiques générales des bronchites. Elles sont nombreuses, vous le voyez, mais en les remplissant exactement, vous aurez la certitude d'avoir fait tout ce qui dépendait de vous pour guérir votre malade, et c'est là, n'est-il pas vrai, notre but dans la vie.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie des Sciences.** — M. LANNELONGUE a obtenu de très bons effets d'huile iodoformée et créosotée dans le traitement des abcès tuberculeux symptomatiques ou non d'une affection des os.

**Académie de Médecine.** — D'après M. DIEULAFOY, le traitement de l'appendicite doit toujours être chirurgical.

— M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE propose de traiter les hernies par l'usage de la bicyclette.

**Société médicale des Hôpitaux.** — MM. GUISSON et TUFFIER insistent sur les difficultés du diagnostic des pleurésies interlobaires.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

La Commission de l'enseignement, nommée dans le sein de la Chambre des députés, fait connaître qu'elle a décidé de procéder à une enquête sur l'état de l'enseignement secondaire et communique une liste des questions sur lesquelles elle appelle les déposants à s'expliquer oralement ou par écrit. Les personnes qui désirent participer à l'enquête sont priées d'adresser leur déposition écrite au président de la Commission ou de donner un aperçu précis de la déposition orale qu'elles demandent à faire devant la commission.

### UNIVERSITÉ DE LILLE

#### Au Syndicat Médical de Lille

Au dîner du Syndicat médical de Lille, qui eut lieu le 14 janvier, le Dr DELASSUS dit les couplets ci-dessous, qu'il voulut bien communiquer à la presse médicale,

représentée, comme il  
Le succès fut très  
retrouvera parmi nos

#### LE SYNDICAT

Air : *L'Hall*

J'ai retenu l'  
Que vous fit  
Quand, l'an  
Ce banquet  
Par gratitude  
Par habitude  
Je veux, ce  
La chanson  
En cette fête  
Trouve touj  
Si ma rime  
Bonne au m  
Je chante av  
Le Syndicat

Faut-il vous  
Un premier  
Le second, c  
S'est très br  
Karyokinèse  
Cytogénèse,  
Tous les pr  
Le Blastode  
Du petit ger  
S'est dévelo  
Chaque con  
Bientôt sera  
Il est dans l  
Le Syndicat

Pour le com  
Tout jeune,  
De cette sag  
Qu'avaient  
LINGRAND, t  
LOOTEN, sag  
BICHARD-LE  
Leur vigilan  
De la croiss  
Evita tout s  
Sous leur di  
Le bonhom  
Honneur, h  
Du Syndica

Ses premier  
Ont montré  
Il a planté  
Il veut notr  
Vous savez  
En galant h  
Au sexe fail  
Honneur au  
Les sages-f  
Il les charm  
Mesdames,  
Auprès de l  
Ne lui marc  
Au Syndica

Aux malhe  
S'il donne t  
Son temps,



# L'ÉCHO MÉI

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche 1

Rédacteur en Chef : F. COMBENALE, Professeur de Clinique médicale à

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie

MM. Dubar, professeur de clinique ; Keraval, directeur De Lapersonne, Looten, médecin (ciennes), membre Moty, médecin professeur agrégé, Comont, professeur

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique à

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Traitement de la péricardite aiguë, par le docteur A. Deléarde. — Recherches histologiques sur les altérations du sang dans l'intoxication expérimentale par l'acide carbonique. Contribution à l'étude de la genèse des cellules éosinophiles, par les docteurs G. Carrière et P. Bournoville. — Manifestations urétrales de l'hygiène mâle, par le docteur Ingelrans et Brongnart, étudiant. — BULLETIN MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES : Compte-rendu de la Séance de la Société centrale de Médecine du Nord. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Traitement de la péricardite aiguë

Par le docteur A. Deléarde,  
agrégé, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

Dans un précédent article (*Echo médical*, 1899, n° 3) nous avons exposé le traitement prophylactique de la péricardite aiguë. Il nous reste à étudier le traitement curatif.

Les moyens mis à la disposition du thérapeute pour guérir une péricardite aiguë déclarée sont assez nombreux, mais les résultats que l'on tire de leur emploi ne répondent pas toujours aux efforts du médecin. Le traitement différera légèrement suivant que l'on aura affaire à une péricardite sèche ou à une péricardite avec épanchement.

Voyons d'abord le traitement de la péricardite sèche qui est caractérisée anatomiquement par l'existence de dépôts fibreux pseudo-membraneux à la surface du péricarde avec une quantité négligeable de sérosité

et cliniquement fréquemment à cœur qu'à la poit

L'indication pour la saignée fut pronée par Co placée maintenant s'efforcer de faire le niveau du péricardite répétées de tein ventouses sèche pointes de feu, dimensions (deux en employant les les accidents d'i procédés qui don

L'application l'eau froide et n été recommandée DRIN, en France, glace, qu'il laiss heures. Bien qu même avis au s est cependant à cas, d'en consta trait à une péri atteinte de bronc second se rappo dans le cours d'u



imi- les jour	La solution alcoolique de digitaline cristallisée du codex contient un milligramme par L gouttes.
ora- de est	La digitale, quel que soit le mode d'emploi auquel on s'est arrêté, devra être donnée avec soin, à cause de son pouvoir accumulatif ; en général, le médicament ne devra pas être prolongé au-delà de deux à trois jours consécutifs ; cette manière de faire suffit à ralentir le pouls, à ranimer le myocarde, et à combattre l'érythisme.
t de cen- t les que	Contre la douleur quelquefois angoissante qui accompagne la péricardite, le salicylate de soude dans la péricardite rhumatismale, l'opium sous toutes ses formes sont excellents. Toutefois ce dernier médicament ne pourra être employé que si le cœur a conservé toute son énergie, car l'opium et son alcaloïde la morphine produisent la stimulation des battements, la dilatation des vaisseaux et l'abaissement de la tension sanguine.
l'on s, la édi- on à	S'il s'agit d'une simple gêne douloureuse, plutôt que de douleur proprement dite, le stypage au chlorure de méthyle, les révulsifs, ou les onctions locales avec les liniments belladonnés, chloroformés seront suffisants.
0,50 est l'in- épa- que	La dyspnée, parfois assez vive, sera calmée par l'éther et mieux encore par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.
r. 40 mes pour pen- sents	L'insomnie sera combattue par le chloral (1 à 2 gr. en solution aqueuse ou sous forme de sirop, 30 à 40 gr.) le sulfonal, le trional, l'hypnal à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme.
, on e de e ce	Enfin les toniques généraux en s'adressant à la maladie générale autant qu'à la péricardite ne sont pas à négliger. Parmi eux je citerai l'alcool, les vins généreux, la kola, la coca, l'acétate d'ammoniaque, la teinture de cannelle (1 à 3 gr.) et pour les cas urgents les injections sous-cutanées de caféine (0,50 à 0 gr. 75 dans les vingt-quatre heures), dispartéine (0 gr. 05 à 0 gr. 15 par jour) ou d'huile camphrée.
i : 60	Le médicament spécifique de la péricardite rhumatismale est le salicylate de soude dont j'ai indiqué le mode d'emploi dans un article précédent. Les mêmes règles doivent être suivies lorsque la péricardite est constituée.
er et un).	Traitement de la péricardite avec épanchement :
r. 10 ltes. à 1/2 rues me.	Malgré toute la surveillance et tous les efforts du médecin pour enrayer une péricardite sèche, on voit assez fréquemment un épanchement s'établir dans le péricarde ; dès lors les indications thérapeutiques

ne sont plus les mêmes qu'au début de la maladie.

Quel sera le traitement ?

Les diurétiques, les sudorifiques et les purgatifs prennent ici la première place après les révulsifs, puisqu'ils contribuent pour une grande part à faire rentrer dans la circulation générale une quantité plus ou moins considérable de sérosité.

Les purgatifs salins (sulfate de soude, ou de magnésie, sel de Seignette) seront choisis de préférence ; on aura même recours à l'action puissante des drastiques (scammonée et jalap 0 gr. 50 à 1 gramme de poudre dans les vingt-quatre heures, par pilules de 10 centigrammes). Les sudorifiques sont généralement peu employés, à tort pourtant ; le nitrate de pilocarpine à la dose de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 centigrammes en potion ou de 0 gr. 005 milligrammes à 0 gr. 01 centigramme en injections hypodermiques pourrait être utilisé.

Les diurétiques sont nombreux. La digitale, la caféine seront employés lorsque l'on voudra agir sur l'épanchement et sur le cœur en même temps, surtout lorsque ce dernier manifeste des signes évidents d'affaiblissement.

Le lait pris à la dose de deux à trois litres, soit pur, soit étendu d'une eau minérale, est le meilleur des médicaments diurétiques.

La lactose ou sucre de lait a été recommandée par E. SÉE. On la prescrit aux malades, qui ne peuvent supporter le lait, à la dose de 100 grammes répartis dans deux litres d'eau.

La scille est employée seule ou associée à la digitale. On l'ordonne sous forme d'extrait alcoolique (0 gr. 02 à 0 gr. 15) de poudre (0 gr. 10 à 0 gr. 30) de teinture (1 à 5 grammes).

La théobromine possède une action diurétique puissante. A cause de son insolubilité on la prescrit en cachets de 0 gr. 50 chacun (quatre à six par jour).

Cette médication suffit quelquefois à faire résorber l'épanchement ; mais quelquefois elle échoue et le cœur ne tarde pas à faiblir avec menace imminente de syncope. Devant de semblables symptômes il ne faut pas hésiter à recourir à la paracentèse du péricarde.

Cette opération, considérée comme dangereuse par grand nombre de médecins, n'expose pas le malade à des accidents graves lorsqu'elle est faite en s'entourant de toutes les précautions aseptiques et en suivant certaines règles que je vais examiner. D'abord il est

néces

avec

avec

perme

épanc

Apr

sui

l'alco

au n

interc

debor

l'artèr

une f

à l'ap

fin et

par u

lenter

si par

diater

ment,

pointe

sure c

Le

liquid

Que

ne po

de lai

ron,

liquid

des br

on ve

respo

qu'on

pièvre

thorac

avec s

toires

Il e

ment

septiq

toire

sèche

à auc

Il n

que l

révuls

résort

REN

n effet qu'au fur et à mesure qu'on va plus bas dans le péricarde, la pression diminue et le diaphragme suit le mouvement. Le liquide contenu dans le péricarde surtout à la base de la tige du trèfle aponévrotique et la ponction faite en haut et en dedans. En moyenne environ au-dessus de la base on tombe dans un espace où la ponction a peu de chances à

la cinquième ou la sixième et la septième intercostal, suivant l'abondance du liquide. POTAIN rapporte une observation où la ponction fut faite dans le 5<sup>e</sup> intercostal gauche.

Les complications ne sont point nombreuses.

La ponction est causée par la pointe du trocart si le trocart n'est point grave si le trocart est brusquement ; du reste une ponction faite avec la vie lorsqu'elle est de petit calibre et qu'elle ne traverse pas la paroi cardiaque. La ponction est plus grave que celle des

la pleurésie interne qui peut être faite à trois ou quatre centimètres de la paroi.

La pleurésie. Cette complication du trocart dans le cul-de-sac du péricarde. La conséquence du traumatisme de l'épanchement péricardique est la ponction. La ponction a pour conséquence l'inoculation de la pleurésie purulente. Les résultats de la paracentèse du péricarde, d'après la statistique la plus récente, sont une moyenne de trente-cinq cas les plus favorables sont ceux où l'épanchement est séreux ; la ponction est également curable mais dans les cas où l'épanchement est purulent ; tout dépend du microbe

neumococcus, par exemple, une seule ponction, les épanchements staphylocoques et au staphylocoque à ceux produits par le bacille tuberculeux doivent être respectés et on ne doit

jamais ponctionner une péricardite purulente tuberculeuse. On voit que les règles de l'intervention et que les résultats consécutifs se rapprochent de ceux des pleurésies purulentes traitées par l'empyème.

*Traitement de la péricardite aiguë chez les enfants.* — Ce que nous avons dit au sujet du traitement de la péricardite chez l'adulte peut s'appliquer à l'enfant. Les médicaments seront les mêmes mais ils seront naturellement employés à doses plus faibles, proportionnelles à l'âge de l'enfant.

La digitale devra être prescrite suivant les indications fournies par Jules SIMON.

La teinture alcoolique sera donnée à la dose de :

V à X gouttes de 1 à 3 ans

X à XV gouttes de 3 à 5 ans

suspendues au bout de deux à trois jours.

Le sirop de digitale sera pris à la dose de :

1 à 3 cuillerées à café de 2 à 5 ans

5 id après 5 ans

L'infusion de poudre de feuilles sera ordonnée suivant l'âge à la dose de 0,05 à 0,20 centigrammes dans 100 grammes d'eau.

Au lieu de la ponction WEILL recommandée, dans la péricardite avec épanchement, l'incision large du péricarde. Les résultats de cette intervention varient suivant les auteurs. Les uns signalent des cas de guérison (ROSENSTEIN, WEST, DICKINSON). D'autres au contraire ont noté des morts subites après l'incision (ASHBY, PARKES).

**Recherches histologiques sur les altérations du sang dans l'intoxication expérimentale par l'acide carbonique. — Contribution à l'étude de la genèse des cellules éosinophiles,**

PAR MM.

G. Carrière,

Professeur agrégé des Facultés de médecine  
Chef du laboratoire des cliniques à la Faculté  
de Lille

P. Bournoville,

ET Préparateur au laboratoire des cliniques  
de la Faculté de Lille

Travail du Laboratoire des Cliniques

Dans nos recherches sur la valeur sémiologique des cellules éosinophiles dans l'expectoration des tuberculeux, nous avons insisté sur ce fait que, chez les phthisiques, les cellules éosinophiles sont d'autant plus nombreuses que la dyspnée est plus intense.

Nous avons même observé un cas de tuberculose pulmonaire à accès asthmatiforme, où les crachats

renfermaient un nombre considérable de ces éléments cellulaires.

Partant de cette constatation, nous avons pu nous convaincre que, chez les dyspnéiques en général, les crachats renferment toujours un nombre relativement élevé de cellules éosinophiles.

Nous avons donc été amenés à penser que l'éosinophilie était peut-être en rapport avec l'intoxication par l'acide carbonique accumulé dans le sang par le fait d'une hématoxémie imparfaite, d'une anhématose.

Nous avons donc, en conséquence, entrepris une série d'expériences destinées à élucider cette question.

**Technique.** — Nous n'avons expérimenté que sur le lapin. Les animaux étaient placés dans une étuve hermétiquement close où arrivait le gaz qui se dégageait d'un mélange de carbonate de chaux et d'acide sulfurique.

L'opération se poursuivait pendant un temps variable jusqu'à ce que l'animal fût sur le point d'asphyxier.

L'examen du sang était fait avant l'expérience, puis à plusieurs reprises dans le cours même de l'opération.

Le sang était retiré par piqure de la veine auriculaire. On le recueillait sur lame et on l'étalait sur des lames soigneusement décapées. Les frottis étaient fixés par l'alcool et l'éther.

Comme coloration nous avons employé l'hématoxyline acide éosine d'EBRLICH, le biondi, mais surtout l'éosine et la thionine phéniquée.

**Résultats obtenus.** — Au bout d'un laps de temps qui dépasse vingt minutes, on constate dans le sang les modifications suivantes :

Les globules rouges conservent leurs formes et leurs dimensions normales : ils semblent néanmoins plus excavés en leur centre. Ils ne sont nullement cribriformes, nullement crénelés.

La proportion d'hémoglobine est moins élevée, les hématies sont bien moins énergiquement colorées par l'éosine, qu'au début de l'expérience.

Le nombre des globules blancs est considérablement augmenté, mais ce sont leurs réactions histochimiques qui sont considérablement modifiées.

Le nombre des leucocytes polynucléaires l'emporte sur celui des mononucléaires, tandis qu'avant l'expérience c'était le contraire.

Ces polynucléaires se présentent sous deux aspects : Leur contenu protoplasmique est homogène ou granuleux : c'est ce dernier type qui domine.

Ces granulations protoplasmiques, basophiles, neutrophiles.

Ce sont les éosinophiles qui ont augmenté dans des proportions prouvé le tableau suivant :

	AVANT
Lapin I. ...	0.8 %
» II....	1.2 %
» III...	0.7 %
» IV....	1.1 %
» V....	1.5 %

Il est bien entendu que nous les vrais leucocytes éosinophiles réfringentes. Nous ne nous des cellules à noyau polymorphe fines granulations éosinophiles, de certains auteurs, abondent. Ces granulations  $\beta$ E ont les mêmes éosinophiles  $\alpha$ , mais s'en distinguent plus grande pour l'induline, l'action de la chaleur elles ne font pas.

Nous avons donc soigneusement évité d'erreur et nous ne nous sommes pas des vrais éosinophiles, ne faisant pas sur les préparations colorées par 95°. Dans ces cas on sait, en effet que seuls les vrais grains éosinophiles énergiquement.

Nous avons donc constaté des temps d'intoxication par le CO<sub>2</sub> les leucocytes éosinophiles augmentent de façon étonnante.

Ces leucocytes éosinophiles sont des, tantôt mononucléaires, mais présentent deux noyaux cylindriques à l'autre par un filament chromatinien. Ils sont fort mal colorés, ils tranchent sur le rouge des granulations, par un pigment (ceci se voit surtout après le méthylène).

Les grains éosinophiles sont répartis dans les leucocytes. Les rares grains libres.

Après les leucocytes éosinophiles, les leucocytes basophiles. Ceux-ci sont mononucléaires. Leurs granulations :

ment distribuées dans le  
e moins considérable  
ophiles, généralement  
anulations.

st presque complète et  
ns sont tout à fait diffé-

er ne présentent pres-  
e : elles sont donc très

ombreux qu'au milieu  
ctions histo chimiques

ucocytes ne renferme  
ceptionnel de trouver  
les ou basophiles ou  
est toujours homogène,  
lorants acides basiques  
soit produit une véri-  
lations précédemment

sont les leucocytes à  
les leucocytes neutro-  
ytes basophiles. Dans  
t mal colorés, impré-  
possible de distinguer  
s contours sont mal  
au, comme les granu-  
e.

r stade de l'intoxication  
:

ne chez les hématies ;  
es leucocytes ; 3° l'éosi-

des hématies ; 2° l'im-  
oplasma des leucocytes  
s, basiques ou neutres,  
lonte des grains proto-  
persistante mais sans

ter qu'il y a un rapport  
globine des hématies et

ne saurions considérer  
ne des grains chargés  
En effet, un lavage à

l'eau prolongé qui dissout l'hémoglobine des hématies  
ne dissout point les grains éosinophiles ; un lavage à  
l'alcool au 1/3 ne dissout point non plus ces granu-  
lations.

Malgré tout, nous sommes portés à croire qu'il y a  
un rapport entre la perte en hémoglobine et l'éosino-  
philie. Les grains éosinophiles présentent en effet les  
réactions histo-chimiques du fer comme l'ont observé  
BARKETT, LOEWIT, SACCHAROFF, TATTENHEIMER, comme  
nous l'avons nous-mêmes constaté à l'aide du sulfo-  
cyanure d'ammonium.

Ce qu'il nous est permis de conclure, c'est que  
l'intoxication par l'acide carbonique, l'excès de  $\text{CO}_2$   
dans le sang, est un des facteurs de l'éosinophilie.

Ceci nous fournit l'explication des éosinophilies con-  
sécutives aux dyspnées, peut-être de celle de l'asthme.

Ces recherches nous permettent de penser aussi  
que les granulations éosinophiles pourraient bien être,  
comme le pensait GULLAND, des produits de l'activité  
protoplasmique et correspondre à un état modifié des  
microsomes.

Mais ici nous touchons à la question de la structure  
intime du protoplasma que nous ne saisissons pas  
suffisamment encore, que l'avenir nous apprendra  
peut-être à mieux connaître.

## Clinique Médicale de la Charité

Service de M. le Professeur COMBEMALE

### Manifestations urétrales de l'hystérie mâle

par le docteur Ingelrans et Brongniart, étudiant

On n'ignore pas que l'hystérie est capable de donner  
le change au médecin en matière d'affections où son  
intervention paraissait le moins probable. Si, pour  
nombre de maladies, comme la coxalgie, la ménin-  
gite, les faits de confusion abondent, il n'en est pas  
de même en ce qui concerne les lésions de l'urètre et  
de la vessie ; aussi n'est-il pas superflu de résumer  
ici l'observation d'un garçon de 19 ans chez qui  
l'hystérie a simulé un calcul vésical au point d'amener  
une erreur de diagnostic heureusement facile à  
réparer.

Léon D..., terrassier, âgé de 19 ans, entre à l'hô-  
pital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 13, le  
28 novembre 1898. Il y est amené pour des douleurs  
violentes qu'il éprouve au moment de la miction.  
Cela a débuté, il y a environ huit mois et d'une façon  
 Brusque. Il était en excellente santé lorsqu'un matin,

il s'aperçut qu'il ne pouvait uriner et les efforts qu'il fit dans ce but amenèrent de légères douleurs. Rien de particulier n'avait eu lieu dans les jours précédents; ni émotion, ni fatigue exceptionnelle, ni excès d'aucun genre. Le réveil s'était produit comme d'habitude, et grande a été la surprise du malade quand il a vu qu'il ne pouvait pas pisser.

A partir de ce jour, il ne souffrit de rien dans l'intervalle des mictions, mais chaque fois qu'il voulait vider sa vessie, le début était fort douloureux. Il resta dans cet état pendant plusieurs mois, puis se décida à aller consulter successivement deux médecins qui le sondèrent. Il retira du cathétérisme un bénéfice immédiat, mais de courte durée, car quelque temps après il se présenta à la consultation de l'hôpital.

Ses parents et ses six frères et sœurs sont bien portants. Le père, grand alcoolique, est très nerveux et fort impressionnable, la mère beaucoup moins. Ce garçon n'a jamais eu aucune affection des organes génitaux. Quand il eut pour la première fois les douleurs que nous avons dites, le bout de la verge était sensible : cela n'a plus jamais reparu. Actuellement, chaque miction s'accompagne d'une sensation très pénible dans la région du périnée antérieur.

Il y a parfois des rémissions de une ou deux journées, jamais plus : les jours suivants, les douleurs reparaissent de plus belle et avec une fréquence exagérée. Les besoins d'uriner deviennent aussi plus nombreux et l'obligent à se lever 4 à 5 fois la nuit.

État actuel : Garçon de forte constitution et de santé robuste. Les appareils circulatoire, respiratoire et digestif sont normaux. Il a de temps en temps des céphalées violentes qui disparaissent quand il n'y pense plus (*sic*).

La vue est quelquefois troublée, et le malade prétend que du côté gauche il distingue moins nettement les objets. C'est le contraire pour l'ouïe, qui serait diminuée à droite.

Depuis trois semaines, la céphalalgie est revenue et l'ennui beaucoup. On ne trouve pas d'hypéresthésie du cuir chevelu.

Les réflexes pharyngien et cornéen sont totalement abolis ; les autres réflexes sont normaux (tendons, pupille).

Il existe des altérations marquées de la sensibilité, surtout au membre inférieur droit, où siège une anesthésie complète pour tous les modes de sensibilité, disposée en une large bande du trochanter à la cheville (face externe de la cuisse et de la jambe). Le membre opposé n'est nullement anesthésique. Au bras droit, léger retard dans la perception de la piqure d'une épingle. Aucune anesthésie plantaire, ni palmaire. Il n'y a jamais eu de douleurs lancinantes dans les jambes. Motilité tout à fait normale. Ni sucre, ni albumine dans les urines qui ont leur couleur et leur densité habituelles.

Le malade passe dans le service de chirurgie de M. le professeur DUBAR. Le cathétérisme de l'urètre détermine une légère douleur, suivie rapidement d'un grand bien-être. La sonde n'indique pas d'obstacle : elle passe aisément. La vessie ne contient aucun corps étranger.

Ceux qui avaient vu ce porté le diagnostic de calcul de ce moment, on en v administre le bleu de méth psychique. Au bout de presque complète et se m

Cette observation a son dans les commentaires var pagner. Il faut, à coup sûr lésion organique ; il faut a lation. Ce malade a deme salle pour qu'on ait pu l'e qu'il disait vrai. Une co démontre pas : qu'il suffi croire à la sincérité de ce c'est l'hystérie ou la neur miner.

La neurasthénie est rict de l'appareil urinaire. M. lumière dans son travail : ques de la miction (1890).

Mais les neurasthéniqu des gens obsédés de leur a continue qu'ils lui appli sation qui s'établit de ce leur vessie pour que celle- à la façon de ceux qui, i graphe d'un mot, finissent aussi de ceux qui, en mal à rien, sûrs d'avance d'un sur les troubles vésicaux d à part) aboutit à cette conc anormalement, parce que dans son fonctionnement.

Notre malade n'est pas gorie : il ne songeait à r urètre se mirent à aller m de leur côté.

On répondra que les commandés par une idée ils se portent ; que par ex survient à l'occasion d'une dans lequel ce bras entrain certains cas, cela est fau nombre d'hystériques fon maintes fois dans le plus g

On trouve, chez ce garç des céphalées sans cause, fait aboli ; la suggestion

compte de l'hystérie ce se paralyse, dans cette muscles ; sa sensibilité etc. Le traité de GILLES DE PLES probants. Mais ici, ge des douleurs : peu de s. BOYD a rapporté l'his- eux ans chez qui le pas- nait le sommeil hypno- rier 1893). GUINON a vu er chez GUYON pour des cherchait à pratiquer le e la sonde sur l'urètre attaque convulsive : i' rès nette de la muqueuse fixer sur la muqueuse ns rien produire, mais s la vessie donnait une entra à la Salpêtrière s confirmés.

TE (*Traité de l'hystérie*, n 1893, à Cochin, un qui, au cours de mani- les, présenta de la con- re. En 1870, il avait eu cturc qui dura quatre l'urine persistant encore érie d'attaques convul- x semaines ; il en sortit s inférieurs à forme de fulgurantes et incoordi- mme incurable, il resta 89, tout disparut et il ues par jour. En mai is jours ; il urine dans , nouvelle rétention ; on à un double rétrécisse- ie d'une fistule. En 1893, rine bien, mais parfois, t pris de rétention. Il it, a une sorte de crise à le jet sort large, comme ne bourse.

rément disparates, mais nôtre. Disons enfin que t un diagnostic conve- er un calcul imaginaire, OURETTE, un rétrécisse-

ment non moins imaginaire a été l'objet d'une inter- vention chirurgicale tout à fait intempestive.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie de Médecine.** — M. RECLUS partage l'avis de M. DIEULAFOY au sujet de l'intervention pré- coce dans le traitement de l'appendicite.

— M. DIEULAFOY insiste sur les accalmies traltresses de l'appendicite.

**Société de Chirurgie.** — M. DELBET est d'avis que le capitonnage des kystes hydatiques du foie constitue un traitement plus rationnel que la mar- supialisation.

**Société médicale des Hôpitaux.** — M. RENDU a observé plusieurs cas de pleurésie putride causés par des microbes anaérobies. Les lavages au perman- ganate ont donné d'excellents résultats, grâce à leur pouvoir oxydant énergique.

**Société de Biologie.** — MM. VAQUET et BOUS- QUET. Le titre des solutions salines employées en injection doit varier suivant les affections que l'on veut combattre.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 10 Février 1899

Présidence de M. le docteur LOOTEN, vice-président.

### Kyste hydatique du foie. Traitement chirurgical

M. Lambret présente un malade du service de M. le Professeur FOLET, chez lequel s'est développé un kyste volumineux du foie.

« Il y a trois mois environ, cet homme éprouva de vagues douleurs s'irradiant dans tout l'abdomen, mais surtout localisées au niveau du creux épigastri- que ; à la même époque survint une névralgie de l'épaule droite, qui dura quinze jours, et une petite tumeur vint faire hernie à la région antéro-externe de l'abdomen. Dans les premiers jours de janvier, le malade entre à l'hôpital, mais, très pusillanime, il sort peu après, par crainte de l'intervention chirurgi- cale. Il vient de rentrer dans le service, décidé à se faire opérer. Depuis un mois, la tumeur a grossi énormément. Elle fait saillie sous la paroi abdominale ; elle est dure, rénitente, émane nettement du foie qui est hypertrophié ; la palpation n'est pas douloureuse et ne décèle ni fluctuation, ni frémissement, Je n'ai pu relever aucun autre symptôme : pas d'ictère, pas de dyspepsie, pas d'anorexie spéciale. La digestion se fait

normalement. L'étiologie est aussi très obscure. En dehors de quelques accès de fièvres paludéennes, contractées en Algérie, je n'ai relevé aucun antécédent héréditaire ou personnel. Pour être complet, il me reste à dire qu'on a fait une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz, qui s'est remplie de liquide clair. Si je vous présente ce malade, bien que son kyste ne présente au total rien d'anormal, c'est que M. FOLET compte pratiquer sur lui une opération à la mode aujourd'hui, le capitonnage, opération qui consiste à évacuer le kyste, le suturer à ses propres parois, puis à refermer complètement l'abdomen ; après cette intervention, les parois du sac s'accolent l'une à l'autre et se rétractent peu à peu, tandis que l'ancien mode opératoire, la marsupialisation, beaucoup plus long, amenait fréquemment de la suppuration et des fistules longues à guérir.

M. Ausset demande pourquoi l'on n'a pas recours dans ce cas au traitement médical, c'est-à-dire à la ponction du kyste et l'injection d'un liquide antiseptique, la liqueur de VAN SWIETEN, par exemple.

M. Lambret préfère ici le traitement chirurgical à cause de la plus grande certitude de succès et aussi à cause du siège du kyste. Ce kyste étant développé tout à fait à la région antéro-externe est immédiatement appliqué contre la paroi abdominale sans aucune interposition de lame hépatique. Dans ce cas on peut donc l'atteindre facilement ; dans le cas contraire, lorsqu'il y a une interposition de tissu hépatique entre la paroi abdominale et le kyste, il vaut mieux se contenter du traitement médical que cite M. AUSSET.

M. Charmell appuie, pour les mêmes raisons, l'intervention chirurgicale.

M. Moty. — En effet je crois, comme M. LAMBRET, que ce kyste hydatique doit être traité chirurgicalement : Il fait saillie dans l'abdomen, n'est pas recouvert par un lobe du foie. Aussi, dans ce cas, parviendra-t-on directement sur le kyste, après avoir déchiré les replis épiploïques. Il sera facile alors de ponctionner le kyste et d'en évacuer tout le liquide de la poche. Mais je crois dangereux de vouloir extirper complètement la paroi du kyste, à cause des abondantes hémorrhagies qui peuvent survenir. On doit se borner, selon moi, à ouvrir largement la poche, la suturer à l'abdomen en laissant un gros drain. Quant à la plaie pariétale, on la referme le plus possible et, plus tard, s'il y a éventration, s'il y a fistule, il est

facile d'intervenir complètement.

M. Lambret. — Les fistules et l'évacuation de la Société seraient plus sûres.

M. Combès. — Site aucun cu les vésicules.

M. Lambret. — même danger susceptibles c la Société de on n'a pas fait guérison s'est donc préférable fesseur FOLET et je vous le r

En deux cas

M. Gaudin. — syphilitique p premier cas i syphilitique c hôpitaux de mai 1898, sa certaine gêne mois de novembre le simple examen avec le diagn

A l'examen d'une ulcération franc, au niveau des bords de cette plaie, le fond est diffusé de l'épithélium de la langue et des ganglions. L'examen monaires. On a fait une injection d'iodure et la malade (injection d'iodure) dysphagie dis tout était cicatrisé.

Dans le second cas syphilitique c de l'enrouement de la langue existait.



une ulcération  
sanieuse, non  
de 0,50 centi-  
te, mais aucun  
fluence du trai-  
ut en un mois

ntes, en raison  
alté de diagnos-  
le larynx que  
stic différentiel  
ulcération, des  
e gêne apporté  
out par ce fait  
état général est  
ons spécifiques  
le diagnostic.  
une restriction  
bsence d'indu-  
on signe diffé-  
er la valeur et  
parfois de véri-  
st pas non plus  
ut rechercher,  
ommes syphili-  
aire d'engorge-  
mais il peut  
sera le point de  
agie par contre  
se présente à  
lus les ulcéra-  
e indolores par  
i eu l'occasion  
un homme de  
e détruite, était  
x, purulent et  
RNIER lui-même  
l entre gomme  
tte courte ob-  
stic différentiel  
it le faire croire

ganglions dans  
excessivement  
ix observations  
il a constaté  
dégénèrent et  
on.

**M. Moty**, après avoir rappelé une observation publiée par FOURNIER, se range à l'avis de M. NOQUET et est convaincu que la gomme syphilitique linguale est une prédisposition à l'épithélioma.

**M. Combemale** remarque que le diagnostic entre épithélioma et syphilis de la base de la langue est toujours épineux, sinon difficile, et que parfois l'un est greffé sur l'autre. Dans ce cas, lequel des deux processus a commencé ? Ne peut-on penser qu'en raison du fait bien connu de l'appel de l'irritation pour les déterminations syphilitiques, l'épithélioma peut précéder la syphilis, ce qui est d'accord du reste avec les cas de dégénérescence prétendue en épithélioma ou les cas où la gomme guérie, la biopsie a montré l'épithélioma sous-jacent ?

**M. Gaudier**. — Dans bien des cas il est impossible de répondre d'une façon sûre et de poser un diagnostic différentiel précis. C'est pourquoi l'on commence toujours par soumettre le malade à un traitement ioduré. En somme, bien des fois, comme vient de le dire M. LOOTEN, la nature du mal nous est révélée par le succès de la thérapeutique employée.

**M. Moty** n'admet pas que l'action de l'iodure et de la médication mixte puisse aider au diagnostic, car il a vu souvent des épithéliomas de la langue s'améliorer en grande partie par le traitement spécifique, mais qui bientôt ont repris leur évolution fatale et rapide.

## VARIÉTÉS

### Double pénis

M. KEPPEL, dans le *New-York Medical Journal* (12 novembre 1898), relate un cas curieux de double pénis intéressant non seulement par la malformation mais surtout par les réflexions de l'auteur.

M. KEPPEL eut un jour à donner ses soins à une jeune fille de trente-trois ans, de complexion amoureuse. Comme elle était sur le point d'accoucher, M. KEPPEL lui demanda, en plaisantant, quel était le père de l'enfant qui allait naître. La malade répondit qu'elle n'en savait trop rien, qu'elle avait eu des relations avec deux jeunes gens qu'elle aimait beaucoup, mais cet amour se balançait si bien qu'elle ne pouvait se résoudre à choisir celui qui l'épouserait.

Quelques heures après, cette jeune fille accouchait d'un enfant pesant neuf livres, très bien conformé, sauf qu'il avait deux pénis distincts et très bien développés.

L'enfant a maintenant douze ans. Il a toujours ses deux pénis. Le droit sert uniquement à l'émission de l'urine. Le gauche est seul capable d'érection, après excitation.

L'auteur se demande anxieusement ce qui serait arrivé, si

la mère avait eu trois amants au lieu de deux... et si l'enfant avait eu trois pénis, à quoi aurait bien pu lui servir le troisième ?

G. P.

Y a-t-il avantage pour un médecin à remplacer ses chevaux et sa voiture par un tricycle à pétrole ? Grave question susceptible d'ailleurs de solutions multiples dépendant d'une foule de circonstances.

Dans la Revue du Touring club de France, le Dr Léon Petit avait fait un éreintement aussi humoristique que complet de la machine à la mode. Une lettre du Dr Boullès du Buis parue dans le dernier numéro du même recueil montre avec chiffres à l'appui les avantages considérables, d'après lui, de la traction mécanique avec tricycle de 1 cheval  $3/4$  sur les chevaux et voitures. De la conclusion du bilan comparatif détaillé que fournit notre confrère, il résulte ceci : d'une part achat de 2 chevaux et de 2 voitures et harnais 3,300 francs.

Dépenses multiples d'entretien annuel 2,400 francs.

D'autre part pour le tricycle, achat 1,250 francs, d'occasion, il est vrai. Mais pour 1,500 à 1,700 fr. on en aurait un neuf de première qualité.

Entretien 732 francs auxquels il convient d'ajouter 150 francs pour 20 jours de l'année où, par suite du mauvais temps, le Dr Boullès a été contraint de louer pour ses visites un cheval et une voiture. Soit 882 francs.

Notre confrère a fait 20,000 kilomètres dans des chemins épouvantables, sans jamais avoir eu d'avaries graves.

Voilà un document intéressant à enregistrer pour l'éclaircissement d'une question excessivement importante pour nos confrères de la campagne.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

Malgré les mesures de sécurité adoptées par l'Administration de la guerre, des accidents se sont produits, à diverses reprises, à la suite de distribution de viandes de conserves faites aux troupes.

Pour arriver à déterminer rigoureusement les causes de ces accidents et prendre les mesures propres à en empêcher le retour, le ministre de la guerre a constitué une commission composée de MM. les docteurs BROUARDEL, DUJARDIN-BEAUMETZ, KELSCH, VAILLARD ; MM. DUCLAUX, MOISSAN et TRASBOT, de l'Institut ; BOUSSON, pharmacien-major ; RAZON et JASSERON, du corps de l'intendance ; COURBEBASSE et FELDMANN, colonels.

### L'Ordre des Médecins

Pour être tardive, la nouvelle suivante n'en a pas moins son importance :

« Les Médecins de la Seine-Inférieure, assemblés en réunion plénière le 30 octobre 1898, pour émettre un avis sur l'opportunité de la création d'un ordre de médecins,

« Considérant qu'un ordre de médecins ne peut être viable qu'à la condition d'enrôler de gré ou de force tous les médecins ; 2° que cet enrôlement forcé est absolument

contraire aux mœurs individuelle ; 3° que matériels de la corp Sociétés déjà existant

» Ont émis un vœu de médecins.

» Ils se sont au c vœux émis par le prof des Médecins de Fran

» a) La réforme de

» b) La réforme d désormais, l'arrestat d'une faute dans l'ex ait eu expertise contr

### UNIVE

La Faculté de Méde à l'élection de son do voix, un bulletin bi réélu. M. COMBEMALE, et 2 voix à M. CASTIA

L'absence de comp retenir et les résulta élus comme aux élec

— Les vacances à l par le Conseil de l 14 février.

— M. le Docteur Ge 1<sup>er</sup> Corps, vient d'être teur ; nous adresson veau directeur.

— Par décret du 20 tions viennent de se militaire (cadre de ré y relevons les promo médical de notre rég

Sont nommés dans de 1<sup>re</sup> classe, M. le pr Medecin-major de 2<sup>e</sup> de Dunkerque ; MON (Nord) ; THIROUX, c kerque ;

Medecin aide-major BEMALE, de Lille ; M

Sont nommés dan major de 1<sup>re</sup> classe : M Patou, de Lille ; DES

— Par décision mi ont été nommés pour mixte d'Arras, M. le de 2<sup>e</sup> classe.

Pour le 147<sup>e</sup> d'inf M. le docteur FAVIER 4<sup>e</sup> cuirassiers, à Cam major de 2<sup>e</sup> classe.





aux tendances de l'esprit que reflète le titre même

logiquement: *flux de sang*, e, éminemment général, aux sanguin. Mais l'usage, en réservant à peu près le terme hémorrhoides, à la plupart la plus fréquente la fluxion sanguine du région ano-rectale.

d'élection de la fluxion raisons diverses, que je n'étudiant la pathogénie, ie, la détermination par norrhoidaire. Mais, pour e détermination n'est pas eule: et il existe des flu-veineux, que l'ancienne us ou moins de raison, nsi, dans la région ano-ux hémorrhoidaire peut sez spéciales, qu'il faut roïdes du col de la vessie, chez la femme, l'utérus, qui l'entourent, peuvent fluxions, dont les mani-congestion menstruelle : rattachées à la maladie d'autres poussées conges-et pituitaire, en raison tiologiques, anatomiques xposerai.

ensemble, la maladie considérée comme une estations locales variées, reintes, dont la détermi-onstante affecte la région rminations exceptionnelles, peuvent intéresser ux.

élever à la véritable con-norrhoidaire, doit faire cette maladie, la notion ion clinique d'évolution, x que la notion anatomi-la véritable nature de

« La maladie, a dit le professeur BOUCHARD, est la » manière d'être et d'agir de l'organisme, à l'occasion » de l'application de la cause morbifique : c'est l'en- » semble des actes fonctionnels, et, secondairement, » des lésions anatomiques, qui se produisent dans » l'économie, subissant à la fois les causes morbifi- » ques et réagissant contre elles ».

Quelle est donc cette cause morbifique, dont le flux hémorrhoidaire ne représente que la réaction ? Quel est le *primum movens* de cette série de mouvements congestifs, à localisation anatomique si singulière, à évolution paroxystique si capricieuse, qui caractérisent la maladie hémorrhoidaire ?

Cette cause, Messieurs, qui doit nous rendre compte à la fois de la vraie nature de la maladie, et des raisons de son évolution particulière, nous allons la voir se dégager de l'étude clinique, que nous allons faire ensemble, de la maladie hémorrhoidaire. Et ce sera pour nous une occasion, entre toutes démonstrative, de nous convaincre que l'observation clinique des malades ne nous fournit pas seulement les éléments de la description des maladies, mais qu'elle peut aussi nous donner parfois les raisons mêmes de leur pathogénie.

Messieurs, l'affection hémorrhoidaire a ses sujets d'élection. Si, en effet, elle est provoquée, dans son apparition, par des conditions mécaniques locales qui favorisent la dilatation veineuse de l'anus, elle frappe, bien plus souvent encore, des catégories de malades pour ainsi dire prédestinés au flux hémorrhoidaire par les tendances morbides, héréditaires ou acquises, de leur constitution. Ce sont, presque toujours, des adultes, hommes ou femmes, au facies plein et coloré, généralement obèses, sédentaires, gros mangeurs, constipés, présentant souvent les apparences de la santé la plus florissante ; et qui, dans l'intervalle de leurs crises hémorrhoidaires, vaquent à leurs occupations et vivent de la vie courante.

J'ai prononcé, Messieurs, le mot de « *crise hémorrhoidaire* » ; c'est, en effet, par des crises, que procède, en général, l'évolution de la maladie. Ces crises, qui représentent les moments paroxystiques de l'affection, sont plus ou moins fréquentes : elles laissent entre elles des espaces intercalaires souvent très prolongés ; parfois, au contraire, assez courts ; et enfin, dans des cas plus graves, et où interviennent alors souvent des conditions pathogéniques locales particulières, l'affection se manifeste à l'état à peu près con-

tinu : avec des rémittences plus ou moins marquées, le patient souffre alors d'une sorte d'état de mal hémorrhoidaire constant, qui peut acquérir un haut degré de gravité.

Mais, le plus souvent, la crise hémorrhoidaire représente un accident, un épisode, plus ou moins douloureux et aigu, qui surprend le malade dans le cours de ses occupations, l'interrompt quelques jours, et le laisse ensuite, après sa terminaison, et une fois l'orage passé, reprendre ses travaux un moment suspendus.

Cette crise s'annonce par des prodromes ; des phénomènes avant-coureurs de l'affection confirmée, à la signification desquels les vieux hémorrhoidaires ne se trompent guère, et qui traduisent un état de souffrance de l'organisme, qui prépare la crise du mal qui va éclater.

Messieurs, je désire appeler votre attention sur la nature et le haut intérêt de ces prodromes, que je vais vous décrire rapidement ; parce que j'y reviendrai, lorsque nous chercherons à interpréter ensemble la vraie nature des hémorrhoides, et à fixer la place de la maladie hémorrhoidaire dans le cadre nosologique. Vous remarquerez, dès l'abord, la grande analogie de ces prodromes avec ceux de l'accès de goutte, et ces phénomènes que BOUCHARD a groupés sous l'étiquette de *fièvre goutteuse*.

Ces prodromes consistent en un vague état de malaise, qui s'accroît de jour en jour, en une irritabilité de caractère, en un changement d'humeur du malade, qui devient maussade et intolérant. On observe une céphalée gravative, avec sensation de pesanteur et de battements, des vertiges, des étourdissements, de l'insomnie, il y a des troubles digestifs, de l'inappétence, de la soif, de la dyspepsie flatulente, du météorisme, etc. A ce moment, le patient accuse parfois à son médecin un mouvement fébrile intermittent, que l'on ne peut pas toujours déceler à l'exploration thermométrique ; mais qui se traduit, en effet, par une plénitude anormale et une fréquence exagérée du pouls, par la sécheresse de la peau, par la soif, l'agitation inquiète du malade.

En même temps que ces signes généraux, ou peu de temps après leur apparition, des signes locaux révèlent la localisation du mal que médite l'organisme en souffrance, et viennent éclairer la nature de la crise morbide. La pesanteur des lombes, la sensation de plénitude douloureuse du côté du petit

bassin, le sentiment de t... surtout vers le rectum... station assise, le séjour au... traduisent les premiers effets de la région ano-rectale.

Puis la congestion aug... locale s'exagère, s'accompagne de fausses envies anal et d'irradiations névralgiques voisines, du côté de la vessie et du bas-ventre. A ce moment est pleinement constituée, la crise apparaît dans toute sa violence, au point de douleur. Parfois, celle-ci est précédée par d'incessantes et vives douleurs par lesquelles, si l'on s'assied, il ne tient plus à trouver une position, debout, le malade, qui lui procure un peu de soulagement, il comprime la région, il se chauffe ou se refroidit, aux méthodes plus variées... Il est alors évident, et, si vous examinez, à ce moment, si vives souffrances, vous constaterez par la constatation des signes la crise hémorrhoidaire.

En explorant la région des hémorrhoides externes, sur l'anus, et dont les bosselures, qu'on appelle le *bourrelet hémorrhoidal*, ou moins volumineux, est sphéroïdale, violacée, tendue. Ces bosselures, dont on ne compte pas deux, sont bien plus soulignées, rénitentes et atteignent, d'une cerise, d'une prune, plus ou moins en rapport à l'anus, on les dit *SELIN, muqueuses, cutanéosclérotisées*.

Les hémorrhoides internes que toujours les hémorrhoides, qui, à l'examen visuel, sont prononcées, et deviennent, dans certains cas, elles apparaissent soit internes, concentriques au b... externes, et constitué par des saignements, entourées des saignements.

e bourrelet d'hémor-  
parait parfois qu'aux  
tion ; alors, dans la  
taire du spasme de  
milieu de l'anus, les  
euse rectale prolabée ;  
rentrent, dans l'inter-  
s alors *spontanément*  
lles restent *constam-*  
nissent qu'au prix de  
reuses, ou à la suite  
des cas plus graves,  
inent alors des acci-  
èle, d'inflammation,  
qui rentrent dans les  
norrhoidaire, et que

externes ou internes,  
ompagnent, outre les  
nnels que je vous ai  
constant : ce signe,  
gie est le résultat de  
se produit surtout à  
ation. Les selles sont  
moins rouge ; et cette  
principal de la fluxion  
au rectum, qui ne  
rrholde externe ; ou  
it discrète dans son  
nt elle s'accompagne,  
ine, et n'en reconnaît  
al, lorsqu'il veut se  
lesquelles il a rendu

st non seulement le  
io-rectale, mais encore  
nt, ainsi qu'on l'expri-  
enne Ecole, la *cause*  
spontané le plus effi-  
effet, après quelques  
oins répétés ou abon-  
rée très copieuse, la  
'affaisse, le syndrome  
ténue, les souffrances  
le a duré de quelques  
atténués, à quelques

malade, non seule-

ment est rendu à la santé, mais souvent il se sent  
plus dispos, mieux portant, qu'avant la crise. Il a  
été manifestement amélioré dans son état général  
par l'évacuation sanguine spontanée qui a jugé la  
crise hémorrhoidaire. Il est impossible, à ce propos,  
Messieurs, de n'être pas frappé de l'analogie qui rap-  
proche cette euphorie post-hémorrhoidaire, de l'eupho-  
nie post-goutteuse, qui signale la terminaison des  
accès aigus de la goutte.

Ces crises, Messieurs, se répètent à intervalles  
irréguliers. Parfois, au contraire, elles surviennent  
régulièrement, à des moments périodiques, affectant  
ainsi une analogie singulière avec la loi chronolo-  
gique des échéances menstruelles. Ces faits de pous-  
sées hémorrhoidaires régulières, presque périodiques,  
se rencontrent surtout chez des femmes, à l'âge de la  
ménopause ; et alors on voit chez elle l'hémorrhagie  
utérine tarie, remplacée par un flux hémorrhoidaire  
supplémentaire et, en quelque mesure, vicariant.

Entre les crises hémorrhoidaires, l'anus reste, chez  
certains malades, le siège de dilatations veineuses,  
flasques, molles, indolores, qui, à l'occasion de la  
prochaine crise, redeviennent turgides et doulou-  
reuses, et se distinguent par là des *marisques*, qui  
sont des saillies charnues, d'origine hémorrhoidaire,  
mais dans lesquelles la veine est oblitérée par une  
thrombose fibreuse définitive.

Messieurs, je viens de vous esquisser le tableau de  
la crise hémorrhoidaire intense ; mais il s'en faut de  
beaucoup que le tableau clinique soit toujours aussi  
dramatique : souvent les symptômes sont très atté-  
nués dans leur intensité, et la crise est légère ; tout  
le syndrome se borne à une sensation de pesanteur  
douloureuse dans le rectum, à ces prodromes géné-  
raux et locaux qui caractérisent l'invasion de la crise,  
et celle-ci se juge par un petit suintement sanguin,  
dont le malade ne s'inquiète pas. Entre ces épisodes  
hémorrhoidaires presque frustes et la forte crise que  
je vous ai décrite, existe toute la série des cas inter-  
médiaires.

Messieurs, après cette rapide esquisse de la crise  
fluxionnaire, douloureuse et hémorrhagique, dont la  
répétition, à intervalles variables, est la caractéristique  
fondamentale de la maladie hémorrhoidaire, et avant  
d'aller plus loin dans l'étude de l'affection, je vous  
demande la permission de vous exposer, dans une  
revue rétrospective inséparable de l'histoire de la  
maladie hémorrhoidaire, les différentes phases par

lesquelles a passé la conception de ce mal singulier, qui n'a jamais cessé de préoccuper la pensée médicale.

Le père de la médecine, HIPPOCRATE, a écrit un traité spécial des hémorrhoides ; et, en maints endroits de ses autres ouvrages, il a laissé sur l'affection hémorrhoidaire des aphorismes demeurés classiques, et tout empreints d'une théorie que je vais vous dire, que GALIEN adopta, et qui fit loi durant tout le moyen-âge. D'après l'école hippocratique, le flux hémorrhoidal est un écoulement sanguin critique, salutaire, par lequel l'organisme se débarrasse des principes âcres et irritants qui l'encombrent : l'émonctoire hémorrhoidaire dépure ainsi l'économie, et dissipe les crises de goutte, de rhumatisme, épargne à la peau les boutons, les ulcères, et préserve le cerveau du mal épileptique ou mélancolique. On voit déjà ainsi s'affirmer, dans ces théories primitives, la relation, qui s'est plus tard imposée à l'observation médicale, entre le flux hémorrhoidaire et d'autres affections articulaires, cutanées ou cérébrales, dans le chaos desquelles la médecine plus éclairée des siècles ultérieurs, et particulièrement du XVIII<sup>e</sup> siècle, retrouva les diverses manifestations de l'arthritisme, de la goutte et du rhumatisme.

Messieurs, c'est à ce moment, de 1720 à 1750, que parut, sur les confins de la Saxe et de la Prusse, dans la petite Université de Halle, un des hommes les plus remarquables de l'histoire de notre art, STAHL. Sur l'œuvre si étendue de ce médecin philosophe, et sur l'attachante et austère figure de cet intransigeant théoricien, LASÈQUE a laissé des pages biographiques mémorables, dont je vous recommande la lecture, et dans lesquelles vous verrez comment se rattachent, dans la question qui nous occupe présentement, à la doctrine générale de STAHL, les vues particulières de cet auteur sur l'affection hémorrhoidaire.

L'illustre médecin de Halle raconte, qu'étant enfant, il avait vu un de ses parents, goutteux et demi-perclus, guérir à la suite d'un accident dont on lui cacha la nature. Plus tard, il apprit que les congestions des reins, que les flux goutteux des jointures avaient été remplacés par un flux hémorrhoidal. Ce fait ne fut pas perdu pour lui : et, plus tard, lorsqu'il étudia les variations pathologiques de la circulation générale et le rôle des congestions partielles, il fut conduit, par le souvenir de ce fait, à établir une relation entre le mou-

vement hémorrhoidaire pathologiques partielles.

Ce qui domine, en effet son école, c'est la théorie de leur mode de production, de leurs conséquences, de leurs mouvements du sang dans les parties, intermédiaires au flux et au reflux de la mer que nous ont aujourd'hui les travaux de CLAUDE BERNARD sur les vaso-moteurs, il insiste sur les congestions locales, sur l'induration organiques vis-à-vis de STAHL, c'est la tonicité, les variations circulatoires pathologiques de cet équilibre sent par des congestions. Et STAHL, qui était non-sensibles, mais un observateur que le siège de ces congestions à l'âge des malades. Ainsi elles affectent la tête et se manifestent dans les yeux, des gencives, la fréquence des épistaxis ; c'est l'ordinaire des congestions surtout la poitrine : c'est les crachements de sang. chez les adultes, le ventre des congestions, qu'on voit l'estomac, à l'utérus, à la qu'apparaissent les hémorrhoides plus souvent encore chez les enfants avec les congestions de la

Ces congestions partielles chroniques, ne sont que sur certains organes, de peuvent se succéder les unes entre elles : quel que soit un même état de souffrance et, à l'appui de son opinion, des exemples d'alternance ou où il est aisé de reconnaître vous citais tout à l'heure les faits de gravelle, de goutte et de calculs.

Parmi toutes ces fluxions hémorrhoidaires, le motus hémor-



rtune, puisqu'elle dommagés, de se ruisseaux, et que une pléthore nui-bdominale, dont le porte : *vena porta*, lère-t-il les varices atifs, dont la rup-ne la plus propice

orrhagique tarde à e ce que l'ancienne est-à-dire le trans-it sous une autre pe morbifique, ou vieille littérature ces répercussions, t ou supprimé, est ou d'asthme, par , ou des accidents vient témoigner de manifestations, en lité si étroitement t pléthore.

es, du cerveau de action hémorrhoi-urable, et se per-e était en somme : et l'observation dit LASÈGUE, a ce ou transforme ses substance.

siècle dernier, et nôtre, partageaient le STAHL, au moins tahlienne, c'est-à-hémorrhoidaire à de l'arthritisme. Les occupés de la lésion des hémorrhoides, plus iatromecani-en 1866, parut un ière, dans lequel, la chirurgie, de t faisant table rase e STAHL et de ses n hémorrhoidaire série morbide, et

subordonnait toute la pathogénie de l'affection à un simple processus local, mécanique, dû à la constipation, qui déterminait la stase veineuse passive, par l'étranglement des veines dans les boutonnières sphinctériennes du rectum. VERNEUIL adopta et développa cette conception mécanique, qui atteint son maximum de précision apparente dans les travaux de DURET, dont l'ingénieuse théorie mérite d'être brièvement rappelée.

Dans la région ano-rectale, dit DURET, il y a deux sortes de veines : les veines sous-musculaires et les veines sous-muqueuses ; les premières, tributaires de la veine cave, les secondes, tributaires de la veine porte. Celles-ci, les veines sous-muqueuses, communiquent avec les veines sous-musculaires exclusivement par des canaux de dérivation, qui traversent les fibres des sphincters interne et externe de l'anus. Si ces sphincters, sous l'influence des efforts de défécation, de la constipation, se contractent trop souvent, ou trop longtemps, ou trop violemment, les boutonnières musculaires étranglent les veinules de dérivation qui font communiquer le réseau sous-muqueux avec le réseau sous-musculaire ; il s'ensuit que le sang des veines hémorrhoidales sous-muqueuses internes ne peut plus s'écouler dans les veines hémorrhoidales externes ; d'où la distension des veines rectales, de leurs rameaux et de leurs ampoules terminales.

Comme vous le voyez, Messieurs, c'est sous l'apparence séduisante d'une double explication, à la fois anatomique et mécanique, de tout le processus hémorrhoidaire, que se présente à l'esprit cette *théorie de l'étranglement sphinctérien*.

Malheureusement, cette théorie, non seulement néglige tout le côté important de la question, que nous avons développé, à propos de la doctrine de STAHL, mais encore elle pêche par la base même. En effet, il a été démontré, par les auteurs les plus compétents, à la fois anatomistes et chirurgiens, et parmi ceux-ci je citerai celui dont les travaux récents font autorité en la matière, QUÉNU, que les conclusions si ingénieuses de DURET reposaient sur des erreurs anatomiques : car les perforantes musculaires sont loin d'être les seules communicantes entre les veines hémorrhoidales externes et les veines internes ; il existe tout un réseau veineux, qui, au-dessus des sphincters, fait communiquer les deux circulations veineuses externe et interne ; et, d'ailleurs, les dissections prouvent l'existence d'hémorrhoides externes, sans hémorrhoides internes.

A leur tour, Messieurs, dans un livre très documenté, après avoir formulé les critiques les plus judicieuses sur les théories anatomo-mécaniques de GOSSELIN et DURET, QUÉNU et HARTMANN, émettent leurs idées pathogéniques sur le processus hémorrhoidaire, et proposent d'expliquer la dilatation veineuse par la *phlébite* des veines ano-rectales : l'inflammation altère les parois des réservoirs sanguins, diminue, par les processus anatomiques que vous connaissez, la résistance élastique et contractile des vaisseaux, et permet ainsi leur dilatation progressive. Cette phlébite serait, comme la grande majorité des autres phlébites, d'origine infectieuse, et reconnaîtrait, comme agents pathogènes, les nombreuses bactéries de l'extrémité inférieure du rectum, surtout le coli-bacille, les staphylocoques et le streptocoque, que les auteurs ont trouvés dans les parois veineuses et le sang des hémorrhoides.

Messieurs, ces travaux ont ajouté beaucoup à nos connaissances, sur le processus anatomique de la lésion locale, et mis en lumière le rôle intéressant de la phlébite ano-rectale, dans ses origines infectieuses et ses conséquences mécaniques. Mais ils ne peuvent avoir, et, au dire même de leurs auteurs, ils n'ont pas la prétention d'expliquer la nature intime et primitive du processus hémorrhoidaire : ils fournissent une intéressante explication du *comment* se dilatent les veines anales ; mais ils ne nous disent pas le *pourquoi* elles subissent ainsi, à de certains moments critiques, des poussées de dilatation aiguë, douloureuse et hémorragique. La raison de la *fluxion hémorrhoidaire* : voilà ce qui, suivant l'expression même de QUÉNU et HARTMANN, « intrigue si fort les médecins » ! Et, en effet, tel a toujours été l'objet de leurs préoccupations et le mobile de leurs recherches pathogéniques.

Messieurs, dans l'étude de l'évolution historique de cette question de la maladie hémorrhoidaire, nous voici arrivés à la période contemporaine, où, à côté et en dehors des chirurgiens, les médecins, dépositaires et observateurs des vieilles notions traditionnelles sur l'affection hémorrhoidaire, ont été mis en demeure d'accorder ces données de l'observation séculaire avec le progrès de nos connaissances générales en médecine étiologique et pathogénique.

Les autres médecins, les hommes mieux placés, les chirurgiens, ont observé les hémorrhoides. Alors qu'ils ont vu que la

essol nous autres nous voyons surtout le malade : les symptômes du début des altérations locales, tandis que nous nous intéressons à l'ensemble des modifications de l'état général. De plus, nous pouvons suivre les sujets, dans l'évolution de tous leurs accidents morbides : nous les revoyons pour toutes les maladies qui les atteignent, et nous sommes les confidents des misères de toute nature qui peuvent les assaillir aux diverses phases de leur vie. C'est grâce à notre privilège de pouvoir continuer l'observation presque indéfinie des sujets, que nous sommes, par la force des choses, amenés à associer entre eux dans notre esprit, des accidents dont la réalité clinique nous enseigne chaque jour les rapports de succession, d'alternance ou de concomitance. Enfin, la plupart des médecins n'observent pas que des individus : ils observent des familles, au sein desquelles ils assistent à la répétition et à l'association des mêmes accidents.

Ainsi s'est toujours imposée à l'esprit médical, l'idée de l'affinité, plus ou moins mystérieuse, mais profondément réelle, indéniable, de certains groupes d'accidents, dissemblables dans leur siège et leur aspect objectif, mais tellement liés les uns aux autres par la fréquence de leur groupement, de leur association, sur les mêmes malades, qu'ils doivent être unis par les liens d'une véritable parenté morbide.

De là est née l'idée des *tempéraments morbides*, des *diathèses*, sur l'histoire desquels je n'ai ni le loisir, ni le dessein de m'attarder, mais dont la conception générale devait être rappelée dans l'étude de ce système maladie hémorrhoidaire.

Vous savez, Messieurs, que, sous l'influence de l'antiquité, les travaux des grands cliniciens de la première diathèse que de ce siècle, le nombre des diathèses a été considérablement accru, et que l'on parlait couramment de diathèses tuberculeuse, syphilitique, purulente, congestive, dont le ralentissement de l'œuvre de BAZZ domine toutes les autres diathèses de cette période. L'école de la diathèse bradytrophique, pourtant déjà bien éloignée de nous, a été remplacée par la diathèse bradytrophique, qui est devenue une appellation proposée.

Messieurs, je n'ai pas à vous parler de l'évolution aigüe des poisons uricémiques de l'école de la doctrine de l'Intoxication, qui peut-elle aboutir à la fluxion hémorrhoidaire. Dans le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, les progrès ont été accomplis par les doctrines médicales de la doctrine de BOUCHARD et de CHARRIN, et, qu'un moment

la ruine des diathèses. Il perd jamais ses droits ; même les plus inaltérables peuvent pas supprimer l'observation passée, la diathèse est restée intacte, étendue, à la suite des affections pastorales, elle n'a rien perdu de sa clarté. Il n'est pas de diathèse qui, implicitement ou explicitement formulés en termes de deux *tempéraments* : *bilieux*, et le *tempérament* *bilieux* par un aspect des diathèses similaires, qui ne soit de BAUMES, de LYON, et non, toujours le même. Il n'y a que ceux qui ont le plus contribué au terrain scientifique des diathèses, est le professeur de diathèse une définition, à propos de la nature et à méditer les caractères permanents de la diathèse et entretient des diathèses, comme évolution biologique. »

Ensemble à la petite diathèse, j'ai esquissée tout-à-fait ; et si, au lieu de diathèse, qui n'est, comme la diathèse, qu'un épisode, dans la diathèse, nous prolongeons l'observation de celui-ci, à travers la diathèse, on évolution pathologique, plus son passé per-approchons, de cette diathèse que peut nous donner son habitus, de l'état des diathèses, nous acquerrons la diathèse telle enquête, que la diathèse engendrée en Hémorrhoides héréditaires diathèses qu'il a présentés son passé et tout la diathèse.

Il aura présenté, dans la diathèse, les fluxions de la peau

et des muqueuses, principalement à la tête, à la face, à l'occasion surtout de la dentition : des poussées exzémateuses, fugaces, prurigineuses, récidivantes ; des épistaxis, des coryzas et des trachéo-bronchites congestives, fluxionnaires. Plus tard, dans l'adolescence, il a été sujet aux angines, aux torticolis, aux arthrodynies ; plus tard encore, à l'âge adulte, il a éprouvé des accès d'asthme, des bronchites, des poussées de dermatoses rebelles, des migraines, de la dyspepsie, des accidents hépatiques ; c'est à ce moment que se dessine, dans la filiation chronologique des accidents, cette tendance descendante du processus congestif, qui oriente les manifestations arthritiques vers les organes abdominaux, le foie, l'utérus, le rectum et l'anus : aussi est-ce à ce moment qu'apparaissent les hémorrhoides, et que, après une série de crises fluxionnaires plus ou moins ébauchées, et marquées seulement par les atteintes prodromiques, que je vous ai décrites, éclate la véritable attaque, l'accès, la crise hémorrhoidaire.

Et, si nous suivons toujours le malade, nous voyons alterner ensemble toutes les autres manifestations de l'arthritisme : les coliques hépatiques ou néphrétiques, les accès d'asthme, les attaques de goutte ; le malade devient obèse et chauve, il a des varices, du varico-cèle, etc. J'abrège, à dessein, l'énumération de toutes ces misères, dont la succession, sur les mêmes malades, démontre si éloquemment la vérité du *métastématisme* morbide de STAHL.

En effet, Messieurs, en dépit de leur polymorphisme clinique, ces divers accidents, par leur succession, leur alternance, leur suppléance réciproque, leur coexistence même, ces divers accidents peuvent être considérés comme des *équivalents morbides*. Et, dans la série de ces *équivalences*, la maladie hémorrhoidaire occupe, pour toutes sortes de raisons, un rang de première importance. Par son évolution cyclique irrégulière, par ses crises paroxystiques, par sa nature fluxionnaire et son caractère si éminemment douloureux, la crise hémorrhoidaire rappelle d'ailleurs invinciblement l'attaque de goutte ; et ces analogies avaient si bien frappé TROUSSEAU, qu'il faisait de la crise hémorrhoidaire une attaque de *goutte larvée*. A ce propos, je vous rappelle maintenant toutes les analogies qui rapprochent les caractères des prodromes et de l'euphorie post-critique, dans les deux affections, goutteuse et hémorrhoidaire. C'est évidemment le même mal, la même *humeur peccante*, qu'expurge,

dans les deux cas, si péniblement, l'économie souffrante ; c'est la même délivrance qu'elle célèbre, par le bien-être qu'elle éprouve, après la crise, à la fin de l'un comme de l'autre accès.

D'ailleurs, ces affinités des hémorrhoides et de la goutte, non-seulement s'imposent par le raisonnement et la comparaison des faits, mais elles ressortent, avec plus d'évidence encore, s'il est possible, de la supériorité que peuvent exercer les uns vis-à-vis des autres, les accidents hémorrhoidaires et goutteux.

Je vous ai déjà rappelé les aphorismes d'HIPPOCRATE et de GALIEN, sur la guérison de la goutte par le flux hémorrhoidaire ; je vous ai entretenu des idées de STAHL, sur le caractère salutaire de l'hémorrhagie rectale. Laissez-moi maintenant vous citer un exemple, dont j'ai tout récemment entendu raconter l'instructive histoire par mon maître CHAUFFARD. Il s'agit d'un goutteux, de la clientèle de mon maître, qui n'avait pas présenté d'accidents goutteux depuis huit ans, et qui présenta, il y a quelques jours, tous les prodromes du *molimen hemorrhagicum*, indiquant l'imminence d'une crise hémorrhoidaire : pesanteur douloureuse, congestion de la région ano-rectale, bosselures variqueuses sous-muqueuses, constipation, malaise général, etc.

M. CHAUFFARD, dans le dessein d'une thérapeutique dérivative, conseille un bain de pieds sinapisé. Aussitôt, cessation des symptômes hémorrhoidaires et apparition d'une crise de goutte aiguë au gros orteil, rappel de l'ancienne podagre. Ici donc, vous le voyez, c'est l'accès de goutte qui a guéri la crise hémorrhoidaire. Peut-on, en rapprochant toutes ces observations, douter de l'équivalence morbide de toutes ces manifestations critiques de la maladie goutteuse, de la maladie hémorrhoidaire. Evidemment non.

Maintenant, Messieurs, que nous avons suffisamment établi les *parentés morbides* de la maladie hémorrhoidaire, et que nous l'avons rattachée au grand groupe des *maladies arthritiques*, il nous reste à nous demander pourquoi la maladie hémorrhoidaire fait ainsi partie du cortège des accidents de l'Arthritisme.

Or, vous savez que la majeure partie des manifestations arthritiques est de nature congestive ; l'éréthisme vasculaire accompagne presque toujours chez elles la douleur et les autres éléments du syndrome, à telle enseigne que certains médecins, bien placés pour observer et connaître les arthritiques, SÉNAC, CENSTEN, avaient créé le mot *congestivité*, pour désigner

la tendance pathologique des malades, qu'ils disaient

Or, que représente-t-elle, sinon un *molimen hemorrhagicum* de nature active, sthénique, le processus congestif hémorrhoidaire rentre bien dans les accidents de la *diathèse*

Et maintenant, Mesdames, qu'il provoque-t-il ainsi des fluxionnaires, si variés, si analogues dans leur nature, c'est soulever celle d'arthritiques, c'est discuter même de l'arthritisme, ce que vous ne m'appartient pas. Je risquerais de sortir de mon sujet, si je vous rappelle que, à l'école de BOUCHARD, et notamment de ce dernier sur les Maladies de la Nutrition, l'opinion des médecins tend à considérer la diathèse arthritique comme une manière d'être pathologique au ralentissement des fonctions vitales, au ralentissement et par suite, à la rétention de principes excrémentiels, principalement acides, de leur nature et leur excès.

Je vous rappelle au surplus que dans la diathèse nerveuse dans la diathèse arthritique : c'est pour la sténopée du système nerveux que CHARCOT a créé le vocable de *diathèse arthritique*, modifiée par la maladie hémorrhoidaire. Retenez seule la nutrition préside à la diathèse arthritique selon l'expressive et synthétique de par le P<sup>r</sup> LANDOUZY.

Comment la rétention de la nutrition retardée hémorrhoidaire ? Sans hasardées, je ne puis rappeler ici que de nombreuses observations, notamment celles

certaines poi-  
dont l'action  
s'il est une  
que les plus  
point de vue  
e leur action,  
origine cellu-  
nos tissus.  
sur ces ana-  
que l'un des  
ique soit pré-  
es soudaines  
e constituent  
que ne s'ex-  
sintoxication  
ntanément de  
spontané du  
qui caracté-  
t les moyens  
ure, célébrée

LANCEREAUX,  
irquablement  
ème nerveux  
dans la pro-  
opos, je vous  
lui aussi, à  
e rôle patho-  
aux en méde-  
ait d'invoquer  
ions circula-  
tion hémor-

nterprétation  
ut l'entrevoir  
fluxionnaire  
nisme patho-  
rrholdaire se  
a, dans son  
et dans ses

ur intérêt les  
s dont je vous  
ccasion pour  
er dans aucun  
sion hémor-  
bord dans la

dilatation, plus ou moins prononcée, des veines qui apparaissent sous la forme de bosselures ovoïdes irrégulières, distendant la muqueuse anale ; ces dilatations ampullaires, ces paquets variqueux, disposés en couronne autour de l'anus, forment le bourrelet que vous connaissez. Très rapidement, les veines dilatées se laissent forcer dans la résistance élastique et contractile de leurs tuniques ; celles-ci s'enflamment, s'épaississent, et ce double processus d'endo-phlébite et de péri-phlébite aboutit, par un mécanisme que QUÉNU et HARTMANN ont bien montré, à l'artériolisation de la veine, qui devient rigide, béante à la coupe, dilatée dans sa lumière et épaissie dans ses parois. Fréquemment, des thromboses se forment dans ces sinus veineux pathologiques. L'infection lente ou sub-aiguë des vaso-vasorum aboutit, ici comme dans les autres veines, à toutes ses conséquences : congulations intravasculaires, oblitération des canaux, sclérose ; ou rupture et hémorrhagie ; inflammation, suppuration, etc. Je ne vous citerai que pour mention les altérations variées, septiques et mécaniques, des tissus de voisinage ; congestion, œdème, sclérose, ulcérations muqueuses, lymphangites, érysipèle ; rétraction inodulaire des tissus, sténose secondaire du canal anal, etc.

Mais ce sont là, Messieurs, pour ainsi dire, des *lésions mortes*, c'est-à-dire des lésions dont l'étude complète peut se faire à la coupe des tissus disséqués, ou sous le microscope, à l'amphithéâtre et au laboratoire. Ce que je tiens au contraire à fixer dans votre esprit, c'est l'étude de la *lésion vivante*, c'est-à-dire de la maladie, dans ses origines, sa nature fluxionnaire, active, dans son évolution intermittente et paroxystique, dans ses conséquences, sa signification, dans son *cycle* clinique, en un mot, tel que que j'ai essayé de vous l'esquisser, et sur lequel je ne reviens pas. Et maintenant, Messieurs, que nous avons parcouru ensemble l'évolution historique et doctrinale de la maladie hémorrhoidaire, je désire, pour compléter l'étude générale de cette affection, vous en présenter rapidement le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Le *diagnostic* de la maladie hémorrhoidaire avec les lésions ano-rectales qui peuvent simuler de plus ou moins loin la crise hémorrhoidaire, ne nous occupera pas. Il suffit, en effet, d'examiner la région, d'interroger les antécédents et de s'assurer, à l'aide de tous les symptômes fonctionnels et physiques que nous connaissons, de la nature de l'affection. Les chirurgiens, experts dans la connaissance des lésions exté-

rieures et des choses locales, vous diront comment on distingue les condylomes, les polypes, les crises douloureuses ou hémorrhagiques du rétrécissement et du cancer du rectum. Mais un point sur lequel je désire attirer votre attention, c'est le diagnostic de la maladie hémorrhoidaire avec les hémorroides. Ne croyez pas que je veuille discuter devant vous, en ces termes d'apparence paradoxale, une question oiseuse. Nous venons, en effet, d'étudier ensemble, jusqu'à présent, l'hémorroïde-maladie : mais, à côté d'elle, il y a l'hémorroïde-accident. Je m'explique.

J'entends par hémorroïde-accident toute la classe des hémorroïdes mécaniques des auteurs, de ces hémorroïdes secondaires à la compression porte ou cave, ou secondaires à la fluxion collatérale, au cours des affections de l'anus, du rectum ou du voisinage.

Ces hémorroïdes, qu'on observe dans la grossesse (38/100 des cas), au moment de l'accouchement ; au cours des tumeurs abdominales, des affections qui compriment les veines cave inférieure ou porte, etc., ces hémorroïdes ne sont pas plus la maladie hémorrhoidaire, que le varicocèle symptomatique d'une tumeur rénale ou pelvienne n'est le varicocèle congénital ou constitutionnel ; que les varices des jambes, secondaires à la grossesse ou aux cardiopathies mal compensées, ne sont les varices constitutionnelles des arthritiques, libres de toute entrave circulatoire, mais prédisposés à la phlébo-sclérose symétrique, bilatérale, progressive, à l'affection variqueuse, sans épithète.

La preuve, vous la trouvez, en dehors des considérations théoriques qui établissent cette distinction, dans le cas si fréquent de ces femmes enceintes, qui, dans les derniers mois de leur grossesse, portent à l'anus un bourrelet de dilatations veineuses, passives, indolores, atones, qui récidive à chaque gestation ; ce sont là des hémorroïdes accidentelles. Mais suivez ces mêmes femmes, vous verrez plusieurs d'entre elles présenter plus tard des crises hémorrhoidaires, avec fluxion active, douloureuse de cette même région, au cours d'une grossesse, ou après l'accouchement, dans cette période, éminemment favorable à l'écllosion des accidents arthritiques, que semble préparer et provoquer l'état gravidique : il s'agira alors d'hémorroïde-maladie. La distinction entre les deux espèces ressort de l'opposition clinique qui existe entre les deux syndromes : la lésion locale est grossièrement la même ; mais l'évolution morbide est toute différente.

Remarque  
prédispose la  
lésion locale  
la diathèse  
localisation  
combien il  
catégories d  
centue avec  
de soutènen  
traduit par l  
trations ; ces  
des mêmes  
peu résistan  
les hémorrh

En résum  
de la mala  
l'existence d  
éléments sp  
terrain sur  
la série des  
fluxionnaire  
tiques, les c  
terminaison

Le pronos  
sieurs, est c  
général de  
daire n'est  
pronostic le  
de l'évolut

La malad  
répétées et  
la durée, l'i  
en combina  
bide, des él

De plus,  
d'une série  
pour elle-m  
tions, soit  
même, soit  
promettre l

Parmi les  
d'abord sig  
répétition c  
nécessiter  
Parmi les a  
hémorrhoid  
toire et le s  
région, les

---

ions froides  
à gélatine.  
lications de  
mplications  
à dilatation  
la resection,  
mettre en  
traitera et  
orrhoidaire,  
ant l'œuvre  
ecin, un hé-  
emeureront  
s la raison  
les anciens  
it respecter  
conclusion  
respecter un  
ient propor-  
té des acci-  
a signature  
pour cela la

la Maladie  
entrer, dans  
aines, dans  
générales. Il  
aussi votre  
paraître, au  
omme une  
ot d'hémor-  
anus, il me  
s droits, de  
ré, et qu'elle  
s des médi-

ent considé-  
e sujet, que  
lus grands

si en elle un  
dans notre  
léférence et  
s'attacher  
isée, de ne  
lecine anti-  
ire, suivant  
ux un pacte

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de

## COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté; Bédart, professeur agrégé de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphilitigraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique; G. Keraval, directeur de l'Asile De Lapersonne, professeur de Looten, médecin des hôpitaux ciennes), membre correspondant Moty, médecin principal, agrégé lesseur agrégé, chargé d'un com mont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et II

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard d  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adre

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Sur l'essai de l'eau oxygénée, son titrage, par le docteur Deroide. — Névrite hystéro-traumatique, par le docteur F. Moty. — Adjonction du sulfate de quinine pour éviter les accidents d'intolérance salicylée, par le docteur Decoopman. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES : Compte-rendu de la séance du 24 février 1899 de la Société centrale de Médecine du Nord. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS. — BIBLIOGRAPHIE. — VARIÉTÉS. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Sur l'essai de l'eau oxygénée. — Son titrage

Par le docteur Deroide

chargé du Cours de Pharmacie à la Faculté.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine (décembre 1898), LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a ramené l'attention des médecins sur les propriétés antiseptiques d'un composé qui n'est pas nouveau en thérapeutique, qu'on a soumis plusieurs fois déjà à l'expérimentation, et qui malgré tout restait plutôt comme une curiosité de laboratoire. Je veux parler de la combinaison de l'eau avec l'oxygène, de l'eau oxygénée, répondant à la formule  $H^2O^2$  découverte par THÉNARD, au commencement de ce siècle. J'ai à peine besoin d'ajouter qu'il s'agit en l'espèce d'une véritable combinaison de l'eau  $H^2O$  avec l'oxygène  $O$ , et non d'une simple dissolution de ce gaz dans l'eau, analogue à celle de l'acide carbonique dans l'eau (eau de Seltz artificielle).

La communication de Lucas-Championnière est pleine d'intérêt et suscitera sûrement l'attention des médecins de la région du Nord, car, chez qui, il faut l'espérer, vie du savant chirurgien parisien ne sera pas sans l'apport d'un agent capable de rendre la chirurgie générale et spécialement les plaies.

Et cela m'a suggéré l'idée d'en parler dans les colonnes de pureté auxquels doit être destinée à l'usage médical, et qui sont à notre disposition de l'eau oxygénée.

On me saura gré de ne pas entrer dans une discussion qui est longue et délicate sur un mot.

THÉNARD avait remarqué qu'en ajoutant de l'eau de baryum  $BaO^2$  à une solution d'oxygène surajouté à l'oxyde de baryum, on ne géait pas; en étudiant de plus près, il a rendu compte que cet oxygène  $H^2O$  et qu'une combinaison s'en était formée : c'était l'eau oxygénée.

L'expérience de THÉNARD est encore en œuvre lorsqu'on veut obtenir de l'eau pure : on délaie dans de l'eau pure, et on ajoute le lait obtenu de l'acide chlorhydrique dilué.

De l'action de ce bioxyde



oxygénée au dixième » exige que l'eau oxygénée dégage dix fois son volume d'oxygène.

On sait en effet que l'eau oxygénée, moins facilement décomposable qu'on le croyait, laisse dégager tout son oxygène *disponible*, lorsqu'on le met en contact avec certaines substances pulvérulentes, telles que le bioxyde de manganèse, le charbon, etc.



Le Codex conseille à cet effet l'essai suivant : « Cinq centimètres cubes de soluté sont introduits dans un tube gradué rempli de mercure et renversé dans une cuve pleine de ce métal. Faites alors arriver au contact de l'eau oxygénée un demi-gramme de bioxyde de manganèse pulvérisé, et enfermé dans un petit cornet de papier à filtrer. Après dégagement de l'oxygène, transportez le tube dans un vase plein d'eau, laissez refroidir, égalisez les niveaux — du *mercure*, dit inexactement le Codex, le mercure tombant au fond de l'eau — de l'eau à l'intérieur et à l'extérieur du tube gradué et mesurez l'oxygène : vous devez obtenir *au minimum* 50 centimètres cubes de gaz »

Ce procédé n'est pas très pratique puisqu'il exige une cuve à mercure ; de plus il se produit souvent une mousse abondante qui est gênante et l'emploi du bioxyde de manganèse souille l'appareil.

L'emploi de réactifs liquides est beaucoup plus commode et donne d'excellents résultats.

Par exemple, il suffit de décomposer un centimètre cube d'eau oxygénée par dix centimètres cubes d'hypobromite de soude (celui qui sert couramment au dosage de l'urée) dans un des nombreux appareils qui servent au dosage de l'urée dans l'urine : sous l'influence de l'hypobromite de soude l'eau oxygénée se décompose, à froid, en dégageant un volume d'oxygène double de celui qu'elle abandonne en présence du bioxyde de manganèse, ainsi que le fait voir l'équation :



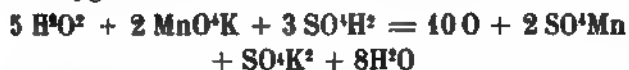
La moitié de cet oxygène provient de l'eau oxygénée : c'est son oxygène disponible, ce qu'on est convenu d'appeler son *titre* ; l'autre moitié est empruntée au réactif lui-même.

Si donc, dans le tube mesureur, on a constaté une augmentation de volume de vingt-quatre centimètres cubes, pour un centimètre cube d'eau oxygénée, on dira que cette eau oxygénée titre  $24/2 = 12$  volumes.

Un procédé plus simple et qui peut à la rigueur être pratiqué par le médecin lui-même repose sur la

facile décomposition de l'eau oxygénée, en présence de l'acide sulfurique, par une solution de permanganate de potasse, à froid. Les premières portions de caméléon ajoutées se décolorent, en même temps qu'il se dégage de l'oxygène : et cela jusqu'à ce que toute l'eau oxygénée ait été décomposée. Une trace de caméléon en excès produit une coloration rose persistante. On comprend donc que si on se sert, pour produire la décomposition d'un volume déterminé d'eau oxygénée, d'une solution titrée de caméléon, on peut apprécier la quantité d'oxygène *disponible* cédée par l'eau oxygénée, c'est-à-dire son titre.

L'équation ci-dessous rend compte de la réaction qui se produit entre le permanganate de potasse et l'eau oxygénée.



Ici aussi il se dégage un volume d'oxygène double de celui qui est disponible dans l'eau oxygénée, un égal volume étant cédé par le permanganate.

Or, en tenant compte des quantités qui interviennent dans la réaction, si on emploie une solution décimale de permanganate, à 3 gr. 17 par litre, 1 cent. cube de cette solution correspond à 0,0008 gr., soit à 0 cc. 56 d'oxygène provenant de l'eau oxygénée.

Le manuel opératoire est le suivant : mesurer au moyen d'une pipette jaugée, 1 cent. cube d'eau oxygénée (ou mieux dix centimètres cubes d'une dilution au 1/10), ajouter 50 ou 60 centimètres cubes d'eau distillée, quelques gouttes d'acide sulfurique pur, et mélanger. Laisser couler dans le mélange la solution de caméléon, au moyen d'une burette, et en agitant avec une baguette de verre, jusqu'à obtention d'une teinte rose persistante. Lire sur la burette le nombre de centimètres cubes de solution de caméléon employés ; ce nombre multiplié par 0,56 donne immédiatement le titre de l'eau oxygénée essayée. Ainsi une eau oxygénée, dont un centimètre cube aura exigé 18,4 centimètres cubes de caméléon, pour se laisser colorer par lui, aura un titre de  $18,4 \times 0,56 = 10$  vol. 3.

Ce mode de titrage, qu'on devrait substituer à celui que préconise le Codex, est d'une exécution facile et ne demande que quelques minutes.

Je tiens à prévenir ceux qui seraient tentés de l'employer, qu'ils seront quelquefois surpris par un fait curieux et qui rendrait perplexe un débutant : il arrive souvent que les premières gouttes de caméléon ajoutées à l'eau oxygénée acidulée, ne se déco-

lorent pas, surtout l'action de la lumière remarque, crut pour réaction à un degré observe la même chose concentrés. Un phénol titre une solution en rapport à l'acide ox se décolorent pas, menciée, elle se colore même avec l'eau oxygénée quelques instants, d'agitation des premières portions de permanganate ensuite instantanément la décoloration de l'eau oxygénée rose persistante

### Névrite

Par  
médecin principal

Le malade que j'ai l'honneur de vous offrir offre un type atténué

Entré le 16 janvier 1900, le malade présentait à cette époque une fracture incomplète du troisième doigt de la main droite, l'articulation phalangienne de l'articulation phalangienne du doigt, par conséquent.

L'accident avait eu lieu le 15 janvier, le malade étant peu étendu, le doigt se présenta à la visite avec une plaie s'était infectée; du pus et quelques gouttes de sang furent nécessaires pour la désinfection, qui eut lieu vers 18 heures. La poussée phlegmoneuse de l'annulaire restait en place.

Au moment de l'entrée, le malade présentait à la partie dorsale du doigt une plaie bleuâtre et toute la main était tuméfiée surtout.

Le doigt blessé est en extension permanente. Les tendons servent environ la moitié de l'index dépassant un peu.

Les massages et les applications de glace furent faites, sauf au début d'une

(1) Communication à la Société de Médecine, 15 janvier 1900.

améliorent  
malade plie  
blement en

potassium  
continué  
sus décrit,

à-dire avec  
vec conser-  
s. Les cou-  
st août, ne  
alade part,  
l'état où il

de sa main  
ve le quart  
pouce, lui-  
artie de sa  
ses contrac-  
rythmé à 6

et transpire

se à la main

lacée assez  
les plis cu-  
lement très

pratiquée  
résultats à

e (sain)

3

.5

usculaire au

ntes à droite

ésie au côté  
érieur droit  
réflexes oeu-

laire et pharyngien très faibles. Pupille gauche un peu moins dilatée que la droite.

3<sup>e</sup> État général bon, pas de diathèse reconnue en dehors de l'hystérie.

Nous sommes donc en présence d'une perte à peu près totale des fonctions de la main droite résultant d'un traumatisme insignifiant à l'annulaire du même côté; c'est le quatrième ou cinquième cas de ce genre qui se présente à mon observation depuis cinq ans, et ici comme dans les cas précédents coexistent des phénomènes nettement hystériques et des symptômes de névrite.

Ces deux ordres de symptômes ont évolué parallèlement et ont dû débiter immédiatement après le traumatisme; la névrite est peu accusée; cependant l'état lisse assez marqué des doigts, le refroidissement de la main, la diminution de la sensibilité et la légère dilatation de la pupille droite me paraissent suffire pour affirmer l'existence de la névrite traumatique.

Quant à la contracture, après avoir rétrogradé d'abord à la suite des premiers massages, elle s'est ensuite accusée de plus en plus et il est à regretter qu'un traitement par suggestion n'ait pu être entrepris, car tous les autres moyens employés, y compris les eaux thermales, se sont montrés sans efficacité.

Quoi qu'il en soit, cette observation vient à l'appui des idées que j'ai précédemment émises devant vous et au congrès de 1896 sur le rôle de l'hystérie dans les névrites traumatiques et montre combien le pronostic doit être réservé chez les hystériques, même en présence des traumatismes les plus insignifiants.

### Adjonction du sulfate de quinine pour éviter les accidents d'intolérance salicylée

Par le docteur Decoopman (de Conil-sur-Escout)

Je viens d'obtenir un bon et rapide résultat par l'emploi du salicylate de lithine combiné au sulfate de quinine, chez un de mes clients, qui, depuis quinze ans qu'il est rhumatisant, présentait une intolérance remarquable pour le salicylate de soude.

Ce dernier médicament passe pour spécifique des accès rhumatismaux. Toutes ces raisons réunies m'ont paru suffisantes pour communiquer mon observation.

Voici d'abord quelques renseignements sur le passé morbide de mon malade: Pas d'antécédents héréditaires. A l'âge de 35 ans, consécutivement à un travail en plein air, sous la pluie, première attaque de rhumatisme: les deux poignets et le genou gauche sont atteints. Le malade prend du salicylate de soude à hautes doses: des bourdonnements d'oreilles, de la céphalée, des nausées et des vomissements très pénis-

bles apparaissent. L'insomnie est complète et tous ces signes d'intolérance médicamenteuse durent tout le temps que le salicylate de soude est administré (quinze jours environ) et cessent peu à peu, avec l'attaque rhumatismale, dont la durée fut de trois semaines.

Depuis ce temps, 6 attaques plus ou moins violentes, plus ou moins longues, se sont produites et toujours le salicylate a rencontré la même résistance, a éprouvé le même échec. Il y a un an, au moment du dernier accès, des badigeons au salicylate de méthyle n'ont pas sensiblement amélioré la situation. La durée moyenne des six attaques a été de trois semaines.

Mis au courant de ces faits par le malade lui-même, qui était venu me consulter quelques semaines auparavant, je fus appelé près de lui le 27 janvier dernier, dans l'après-midi.

A la suite d'une promenade faite la veille et pendant laquelle il fut surpris par la pluie, mon malade avait dû se mettre au lit, avec de violents frissons et une douleur cuisante dans le poignet gauche.

En arrivant auprès de lui, je constatai un gonflement et une rougeur intenses de toute l'articulation radio-carpienne gauche. Douleurs continuelles avec paroxysmes; fièvre : 38° 8; pouls : 100; léger souffle d'insuffisance mitrale.

Je fis faire un badigeonnage du poignet avec le liniment suivant, que je tiens d'un vieux confrère :

Glycérine . . . . .	30 grammes
Alcool camphré . . . . .	30 »
Ether . . . . .	8 »
Chloroforme . . . . .	10 »
Teinture thébaltque . . . . .	3 »

et conseillait un enveloppement ouaté.

Je prescrivis, pour la soirée, à prendre à une heure d'intervalle, quatre paquets, ainsi composés :

Pour un paquet : Salicylate de lithine . . . 0 gr. 50  
Sulfate de quinine . . . 0 gr. 20

soit en tout 2 grammes de lithine et 0.80 centigrammes de quinine.

28 janvier. — La nuit avait été agitée. Léger assoupissement de quatre à six heures du matin; fièvre : 38°; pouls : 92.

J'ordonnai quatre nouveaux paquets pour la journée: deux dans la matinée et deux vers le soir, avec un nouveau badigeon. Régime lacté exclusif. Eau de Contrexéville et potion avec 0.30 centigrammes de poudre de feuilles de digitale.

Vers le soir, les douleurs s'apaisèrent, le gonflement parut s'étendre vers l'avant-bras et la face dorsale de la main gauche. Des douleurs nouvelles, mais tolérables, apparurent dans le genou et le pied droits avec un très léger gonflement, une rougeur peu accusée et une élévation de chaleur locale peu appréciable. J'ordonnai néanmoins un badigeonnage de ces parties avec le liniment ci-dessus et un enveloppement ouaté.

29 janvier. — Nuit calme. Douleurs très atténuées, ne se réveillant pour ainsi dire que lorsque le malade met en mouvement les articulations atteintes; température : 37° 5; pouls : 72. Les douleurs du genou et du pied droits étaient presque disparues.

Pour la journée, je continuai le régime lacté, mais

je diminuai de moitié la dose prise dans la journée quatre

Salicylate de lithine

Sulfate de quinine

soit deux grammes de lithine

30 janvier. — La nuit de sommeil dura de neuf heures du matin. La fièvre était nulle. Les mouvements du poignet étaient libres et la douleur était nulle au malade trois œufs, deux de pain. Comme boisson, tilleul.

31 janvier. — Quand matinée, mon client était le même dit-il. Je lui recommandai de prudence et lui fis prendre la plus grande partie de la nuit de prendre pendant deux paquets de lithine.

Le troisième jour mon client me dit : « Depuis la veille, rien, me dit-il ». Il avait guéri et me demanda s'il devait continuer à prendre le salicylate.

Depuis le 3 février, mon client a eu une nuit habituelle; aucune douleur, j'espère que tout est rendu à l'état normal. Il a donc duré quatre jours à 13 grammes de salicylate de soude au 3 février et par 3 gr. 4.

Pendant toute la période j'ai éprouvé aucun des phénomènes habituels de la fièvre, j'ai toujours été abondant : remis en état et l'appétit souffert.

## Bulletin-Memento

**Académie des Sciences.** — Le résultat d'une résection

Il s'était formé une nou

**Société de Chirurgie.** — La tumeur continue toujours sur le trait

— M. Monod a observé des douleurs causées par l'infection des plaies, cure radicale des hernies.

**Société médicale de Paris.** — On a observé l'analgésie tr tabétiques.

**Société de Biologie.** — L'examen du sang chez les malades donne des renseignements utiles sur la maladie, ou sur les rechutes.

**MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD**

du 24 Février 1899

le docteur **CARLIER**, président.

Un nourrisson de deux mois

Orte l'histoire clinique d'un cas ayant évolué chez un enfant de allaité par une nourrice alcool-

re, je suis appelé en consultation E, auprès d'un enfant offrant des ifestes de méningite.

gé de deux mois, présentait une 'une grosse noix, au niveau de tique, tumeur produite par suite liquide céphalorachidien et de e du sac méningé à travers les .e encore entr'ouverte ; la tem- x environs de 39°, la tête était s muscles de la nuque contrac- e présentait aussi des troubles ntre autres de la diarrhée, et a poitrine, symptômes fréquents ez les enfants. En outre il parais- halalgie. Le diagnostic soit de ise aiguë, soit de grippe avec itiques, ne pouvait être posé d'une

urant plusieurs jours les mêmes même une légère aggravation iration de CHEYNE-STOKES); de- j'instituai le traitement palliatif

aité par une nourrice mercenaire, le s'enivrer tous les soirs ; mais ils qu'après le départ de cette usquement et à tout prix retour- l'enfant fut donc privé de nour- les jours ; après ce départ les itiques s'amendèrent peu à peu. ire redevint normal, la fièvre gastro-intestinaux cessèrent éga- mps la tumeur, développée au lle bregmatique, se résorba peu tout est normal, l'enfant est bien augmente rapidement. » 'on ne peut, à la suite de l'évolu-

tion symptomatique rapportée, penser à de la méningite, ni aiguë, ni tuberculeuse.

Aussi M. AUSSET croit-il être en présence d'un cas d'alcoolisme aigu provoqué par l'alcoolisation de la nourrice, comme on en voit souvent dans la classe ouvrière, où les mères boivent beaucoup d'alcool, sous des formes variées ?

Si le diagnostic précis n'a pas été posé dès le début, c'est que la mère de l'enfant présentait au cou des traces évidentes de scrofule et aux poumons des signes non douteux de tuberculose ; qu'elle avait, en outre, perdu un fils de méningite tuberculeuse.

De plus, la garde-malade chargée de veiller l'enfant, avait remarqué des troubles vaso-moteurs fréquents du côté du visage, la face étant tantôt pâle, tantôt colorée. Et tous ces renseignements avaient pour leur part contribué à égarer le diagnostic.

M. COMBEMALE abonde dans le sens de M. AUSSET et n'a aucune peine à accepter le diagnostic d'alcoolisme aigu. Il rapporte une observation analogue. Il ne s'agit pas toutefois d'un nourrisson, mais d'un enfant de deux ans et demi qui présenta des phénomènes analogues à ceux décrits par M. Ausset.

La mère de cet enfant vint un jour dans son cabinet lui raconter qu'elle avait déjà perdu un enfant, son jumeau, de méningite, et que son second fils marchait sur les traces du premier : il dépérissait (les nuits étaient agitées, le caractère inégal ; il y avait inappétence, des digestions pénibles), la mère, croyant fortifier son enfant, lui faisait prendre force vin de quinquina, beaucoup de bière, sur le conseil, du reste, de son docteur ; mais les symptômes ne s'amendaient aucunement.

M. COMBEMALE, convaincu que l'alcool seul occasionnait tous les troubles observés, soumit, non sans résistance, le malade au régime lacté absolu, promettant l'amélioration rapide. Et, en effet, les nuits redevinrent rapidement calmes, les digestions normales et l'enfant jouit maintenant d'une bonne santé. Le spectre de la méningite a disparu de l'esprit de la maman.

M. Deléarde demande si l'alcool absorbé par la nourrice altère le lait ou s'il passe directement dans la glande mammaire et s'élimine ainsi.

M. COMBEMALE est persuadé que l'alcool passe dans le lait et que c'est là un mode d'élimination de l'alcool. Mais les nourrissons ne sont pas seulement intoxiqués en prenant le lait de mères éthyliques. En

effet, dans bien des régions, entre autres dans la Normandie, les nourrices donnent directement de l'alcool aux enfants qu'elles allaitent, au verre ou par le nouet, et les statistiques de cette région relatent de nombreux cas de méningites ou de pseudo-méningites, ce qui vient à l'appui de l'intéressante observation rapportée par M. Ausser.

## Analyses de Mémoires français et étrangers

### Epilepsie larvée et équivalents épileptiques. —

**L'épilepsie psychique; ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité**, par P. ARDIN-DELTEIL. Thèse de Montpellier, juin 1898, 277 pages. Librairie Baillière.

Ce remarquable travail constitue la première moitié d'une étude sur l'épilepsie larvée; il traite de l'épilepsie psychique. La dernière moitié sera consacrée aux équivalents moteurs, sensitifs, sensoriels et viscéraux.

Tel qu'il est, il forme un tout complet sur une des parties les plus curieuses et les plus difficiles d'ailleurs de la pathologie nerveuse, au point même où elle confine à la médecine mentale. Les idées neuves, pour beaucoup, qui y sont exposées, sont mises en pleine lumière à la faveur d'un style des plus clairs qui contribue à augmenter l'intérêt de la lecture de cette sérieuse étude.

Ceux qui ont lu TROUSSEAU se souviendront peut-être qu'il fait une large part dans ses cliniques à la folie épileptique; le sujet commençait déjà à s'éclaircir à cette époque, grâce surtout aux travaux de MOREL qui venait de poser les premiers jalons; la sèche analyse qui suit parviendra peut-être à montrer tout le chemin parcouru depuis lors.

Une affection est dite larvée lorsqu'à son expression symptomatique habituelle s'en substitue une autre atypique, qui la dissimule sous un masque. Quel fil conducteur peut-on alors prendre pour retrouver sa nature véritable? Quel sera le critérium de l'épilepsie, dans le cas particulier actuel? La clinique, la thérapeutique et l'anatomie sont impuissantes à le fournir. M. ARDIN DELTEIL croit que la biologie représentée ici par la recherche des modifications des échanges nutritifs, pourrait permettre de dépister le mal comitial dans ses modalités les plus obscures; la composition de l'urine et du suc gastrique, la toxicité de la sueur et du sang serviraient de base à l'établissement de ce critérium biologique.

L'épilepsie peut être fruste sans être larvée; elle se borne alors à un des symptômes caractéristiques de la maladie; elle est mutilée. L'épilepsie larvée, elle, est transfigurée. Elle peut être pure, ou associée à des accès

normaux. — L'larvée portent l des symptômes étudiée simplem

L'équivalent convulsion loc manifeste par Il représente classique repré l'absence pure la plus basse, complexes, bât grande importa cution des acte ce sont des élé perte de conna cience et l'amn pas toujours q conscience. Il es avec conscience

*Formes psych formes avec exi formes alternai*

A. *Formes a délictueuse cor sions à l'homie l'exhibitionnisi la criminalité s moins vrai qu'o d'une maladie. obéissait à des exemple entre souvent une év paraître exister n'y ait pas tou Le meurtre offi aucune dissimu cher ou un som s'observent d'o un acte d'un cal inconnu et qui*

L'épilepsie d la manie non d et l'impulsion à expansif, toujou par des halluc il est remarqua des malades; i comitiales les ambulatoire ég amnésie, interv dant la durée d

m. La stupeur épileptique peut conduire à l'anidation totale avec une narcolepsie comitiale.

des d'excitation et de dépression, définitive.

lepsy psychique sont automatiquement spontanés et sont pour le sujet n'en est pas responsable, totalement détruite. La psychose s'explique soit par l'épilepsie notion d'un élément vésanique de l'épilepsie psychique est d'autant plus en plus à regarder comme le résultat de l'irritation (héréditairement prédisposés) par l'épilepsie essentielle serait chirurgicale que les neurones psychiques d'autres. M. ARDIN DELTEIL part d'une théorie personnelle, basée sur la fonctionnement inférieur (poly-système supérieur constituant le pas sur ce terrain qui exigerait de la psychologie; l'auteur lui-même abandonner ces théories; il avertit pages 188 à 197.

de l'épilepsie larvée est dans le l'abord toute la valeur, mais pour M. ARDIN DELTEIL, le vrai épileptique d'une manifestation, Vient sous la forme que voici : constante dans l'épilepsie; elle attaque, même lorsque les attaques sont des années.

ou de la névrose et en constitue malgré l'absolu de cette formule, pas toujours être facile de dire ce ressort à l'épilepsie.

nécessaire que la médecine légale s'intéresse à la matière.

L'ouvrage montre quelles questions. L'ultime conclusion est la venue au cours d'un paroxysme de la ; l'épileptique psychique qui est aliéné et doit être considéré comme de la loi sur les aliénés.

l'absence de place n'ait permis de faire d'une étude qui, lorsqu'elle traite des moteurs, sensitifs, sensoriels, un vrai traité de l'épilepsie

Dr INGELRANS

## BIBLIOGRAPHIE

**Introduction à l'étude de la médecine**, par G. H. ROGER, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — G. Carré et C. Naud, édit.; 1 vol., 7 francs.

Sous le titre modeste d'Introduction à l'étude de la médecine, M. G. H. ROGER, a, en réalité, et bien qu'il s'en défende, écrit un traité de pathologie générale qui est, sans contredit, le meilleur guide que l'on puisse offrir, non seulement à l'étudiant et au débutant, mais encore au médecin qui, ayant quitté les bancs de la Faculté, désire se rendre compte de l'orientation générale des idées médicales actuelles, savoir en un mot d'où souffle le vent scientifique. Le livre est d'autant meilleur que les doctrines médicales actuelles y sont considérées de haut, avec le large esprit philosophique qui anime tous les travaux de M. ROGER, et exposées avec une clarté et une concision qui font le plus grand honneur à son talent.

Le plan adopté est fort simple, et pour ainsi dire naturel. Après un chapitre de notions préliminaires sur le but de la médecine et ses moyens d'étude, M. ROGER passe en revue successivement les agents physiques, chimiques, mécaniques et animés qui, par les modifications qu'ils impriment à l'organisme et les réactions qu'ils provoquent, sont les causes des maladies. L'infection, les réactions nerveuses, les troubles de la nutrition, les auto-intoxications sont ensuite étudiés dans leur mécanisme pathogénique. Dans le chapitre suivant, M. ROGER montre par l'exposé général de la pathologie du fœtus et par l'étude de l'hérédité que dès les premiers moments de la vie intra-utérine, dès la conception même, l'organisme peut recevoir les impressions morbifiques, et que celles-ci, malgré les apparences contraires, ont toutes leur origine, directe ou indirecte, dans des influences anormales des modificateurs extérieurs.

Rien de plus suggestif que la théorie de l'hérédité exposée par M. ROGER. Deux grandes lois semblent la régir et l'expliquer : ce sont la loi de la conservation du type ancestral, et la loi de l'évolution. La conservation du type ancestral, M. ROGER l'explique avec WEISSMANN par la continuité du plasma germinatif. L'évolution, c'est-à-dire l'hérédité des caractères acquis, M. ROGER l'explique en admettant que seules les modifications fonctionnelles capables d'impressionner les cellules germinatives sont héréditaires.

Nous ne résistons pas au plaisir de citer ici l'auteur : « En résumé, dit-il, nous admettons que le plasma germinatif traverse les âges sans avoir de tendance à se modifier : il assure la loi de la personnalité de l'espèce. Les cellules somatiques au contraire subissent l'influence de l'évolution; impressionnées par les agents externes elles réagissent à leur tour sur les cellules germinatives, et leur impriment une direction nouvelle; elles tendent à modifier le type primitif. Reprenant ainsi les deux grandes lois que nous formulons comme rendant compte des phénomènes de l'hérédité nous dirons : la loi de la conservation du type ancestral s'explique par la persistance du plasma germinatif; la loi de l'évolution s'explique par les modifications des cellules somatiques. Les changements accidentels ne se transmettent pas, car ils atteignent seulement le soma. Les troubles fonctionnels sont héréditaires, quand les modifications somatiques peuvent retentir sur les cellules germinatives. Si dans ce dernier cas, des modifications anatomiques apparaissent, c'est que le développement et la struc-

« l'axe des organes sont régis par les fonctions auxquelles ils servent de substratum ».

On voit par cette citation avec quelle clarté sont exposées les questions les plus ardues.

L'auteur passe ensuite aux divers modes de réaction de l'organisme, et après avoir exposé successivement les grands traits de la physiologie et de l'anatomie pathologiques, il montre l'évolution des maladies et termine son livre en consacrant les 200 dernières pages à l'examen des malades, à l'application à la clinique des procédés scientifiques d'investigation, au diagnostic, au pronostic, à la thérapeutique. Le volume se termine par une table analytique et un lexique qui complètent heureusement l'ouvrage.

Une seule chose étonne plus que l'énorme quantité de matériaux contenus dans ce livre, c'est l'ordre logique et la clarté de leur classement. L'excellence de la méthode d'exposition est bien faite pour caser les idées et les faits dans l'esprit du lecteur.

Nous croyons rendre service aux lecteurs de l'*Echo médical du Nord* en leur conseillant vivement la lecture du livre de M. ROGER. Tous y trouveront, nous n'en doutons pas, le plus grand profit, et un vif plaisir intellectuel.

H. SURMONT.

## VARIÉTÉS

### Acquittement du Dr Lassalette

On se rappelle la condamnation prononcée, avec une générosité qui n'a pas lieu de nous surprendre, contre le Dr LASSALETTE (de Pau) sous le chef d'homicide par imprudence (oubli d'une pince dans l'abdomen d'une malade). Notre confrère soutint que telle ne pouvait être la cause de la mort, survenue trois heures après l'opération, mais que sa malade avait été empoisonnée.

Le mari poursuivit le Dr LASSALETTE devant le tribunal correctionnel de Pau pour dénonciation calomnieuse, et l'affaire a été appelée le vendredi 20 janvier.

A l'audience, notre confrère a tout simplement demandé l'exhumation et une expertise médico-légale. Or, chose assez singulière, on les lui a refusées, mais on l'a acquitté ! Cela en dit long.

(Concours médical).

### Mystérie chez un chat et chez un serin

HIEBER (de Varsovie) publie les cas suivants dans le *Neurologisches Centralblatt*. Un petit chat de neuf mois, gai, aimant à jouer avec les enfants, fut mordu au dos par un chien. Il ne remua plus en courant que les pattes antérieures et traînait le tronc et les pattes postérieures qui étaient anesthésiées : la queue était également paralysée. Il semblait qu'on lui eût tranché la moelle. Un jour, il tomba du premier étage : il fut instantanément guéri. Il est évident qu'il s'est produit un effet psychique ; le caractère hystérique de la paralysie est démontré en outre par la conservation des fonctions de l'intestin et de la vessie. A remarquer que la mère du chat souffrit pendant sa gravidité de convulsions cloniques.

Un serin fut attaqué par un chat qui arracha la cage du mur. L'oiseau ne fut pas touché, mais il gisait raide au fond de la cage. On le réveilla en lui jetant quelques gouttes d'eau : il redevint gai et mangea comme d'ordinaire, mais il resta muet. Ce n'est qu'après six semaines que l'aphonie disparut.

## INTÉRÊTS P

### Docteur en médecine c de l

Nul n'est censé ignorer la  
à peu près tout le monde.

Le 2 janvier dernier, à  
a été condamné en police co  
Tout en bénéficiant de la le  
un casier judiciaire.

Son crime est d'avoir, se  
placé un médecin, et de n  
préfectorale. Certes, il a eu  
est un élève de l'Ecole de  
que leur éducation, leur co  
thiques. Il a laissé parmi  
meilleur souvenir. Bref, c'  
qu'il apprit qu'il n'était pas  
difficulté, l'autorisation né  
Le 22 décembre, il passait  
n'ont pas eu pour effet de si

Les médecins sont les  
protection contre la concu  
pullulent et opèrent en toute  
la pensée de cette loi que d  
tion digne tout au plus, à n  
police ? Est-il possible d'a  
« rebouteux » de professi  
suivre rigoureusement l'on  
conséquence ? Remarquons  
voir la justice peu disposée  
préjudiciables à la santé  
corps médical. Un berger  
demande d'un médecin fo  
sont évidents, le berger se

Qu'est réellement l'exerc  
délit que commet sciemmen  
qui, étranger à l'art médica  
la confiance des malades. I  
ne ressemble en rien à cet

Ces remarques ont été  
médecins membres du Parl  
Syndicat des Médecins de l

L'avocat-conseil du Syn  
semblerait logique d'assin  
celle que commet un méde  
son diplôme. L'une et l'autr  
au juge de police (comme  
pour le second cas lors de l  
frappées de peines correcti  
malgré l'évidente bonne f  
*Officiel*, 23 novembre 189

C'est en s'inspirant de  
Rouen a cru devoir faire a



intérêts du jeune confrère et ceux de

choses, la défense efficace d'un confrère. De nombreux exemples l'ont montré. Le « Corps médical » n'existe pas, à priori de solidarité est faible parmi nous. L'éducation française qui n'est pas des médecins ne comprennent pas exactement la liberté. Ils s'imaginent que la liberté est libre d'agir à sa guise. C'est là au détriment des libertés publiques en laissant l'individu de mal faire.

Hommes épris de liberté, le préjudice ne devrait nous trouver tous debout pour agir, et c'est tout au plus si une affaire qui nous occupe réunit une dizaine de personnes spéciales de l'Association profes-

ainsi et tout porte à croire que l'esprit se développera grâce aux difficultés croissantes des jeunes médecins.

Des confrères qui s'alarment de cet état des choses consentent que s'il existait un *Ordre des Médecins* chargé d'appliquer la loi, saurait renseigner sur la valeur morale des membres de l'Ordre aurait qualité pour éclairer et que *summus jus* est souvent *summa ratio* : médiateur naturel et autorisé entre le droit et le fait. Il substituerait son action collective à l'action individuelle quelquefois injuste.

Nous avons un *Ordre des Médecins*, mais il est à ce spectacle extraordinaire : un médecin condamné pour exercice illégal de la

un confrère condamné le 2 janvier peut-être il est victime ne diminuera en rien la confiance que nous aurons sûrement pour lui ; l'incident ne provoque l'expression publique que que ses maîtres de l'Ecole de Rouen  
R. B.

## & INFORMATIONS

à Paris la Société de Pédiatrie. L'inauguration a eu lieu le 21 février.

ont : M. le professeur LANNELONGUE ; professeur GRANCHER ; secrétaire-adjoint GUINON ; secrétaires annuels : LAMARCAIRE et MÉRY ; trésorier : M. RICHAUD.

et correspondants, nous notons

MM. PHOCAS et AUSSET, agrégés, chargés de cours à l'Université de Lille.

Les séances ont lieu le deuxième mardi de chaque mois, à l'hôpital des Enfants Malades.

### Institut Pasteur de Lille

Les Cours de Bactériologie et de Thérapeutique expérimentale, professés à l'Institut Pasteur de Lille par M. le Dr CALMETTE, commenceront le mercredi 15 mars 1899 à trois heures de l'après-midi, et se continueront les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure, à l'Amphithéâtre de l'Institut, boulevard Louis XIV.

Les personnes non inscrites au rôle des étudiants de l'Université, qui désireraient assister à ces cours, sont priées de demander une carte d'admission au Secrétariat de l'Institut. Ces cartes d'auditeurs sont délivrées gratuitement.

Les conférences et exercices pratiques de Bactériologie, dirigés par M. le Dr DELÉARDE, professeur agrégé, chef des travaux, et par M. le Dr PAINBLAN, préparateur du cours, auront lieu les mardis et jeudis de chaque semaine, à partir du jeudi 16 mars, de trois heures à cinq heures de l'après-midi.

Les élèves des Facultés de médecine ou des sciences qui versent à l'Université les droits de travaux pratiques sont admis à travailler dans les laboratoires de l'Institut Pasteur, du 16 mars au 1<sup>er</sup> juillet, tous les jours, de trois heures de l'après-midi à six heures du soir, sans avoir à payer aucune rétribution spéciale à l'Institut.

Les personnes étrangères à l'Université sont admises à suivre les mêmes exercices et conférences, moyennant une redevance de 100 francs, payable d'avance au Secrétariat de l'Institut Pasteur.

Le cours de Bactériologie traitera cette année des *Microbes de l'eau et du sol* (Analyse bactériologique des eaux d'alimentation et des eaux industrielles ; Analyse bactériologique de la terre arable. Etude des principaux microbes pathogènes que l'on rencontre dans les eaux et dans le sol ; Bactériologie charbonneuse, microbes de la suppuration, bacille typhique, *Bacterium coli*, choléra, tétanos, septicémie vibrionienne, tuberculose, sporozoaires et paludisme).

#### Programme des Conférences et Exercices pratiques de bactériologie (Semestre d'été)

I. — Maniement du microscope, de l'objectif à immersion, du condenseur d'Abbe. Préparer et examiner sans coloration, dans une goutte d'eau distillée : *Aspergillus niger*, *Penicillium glaucum*, *Mucor mucedo*, Levûre de bière, Ferment lactique, *Bacillus subtilis*.

II. — Préparer dix tubes de pommes de terre. Les stériliser à 115° pendant une demi-heure. Technique des ensemencements sur pomme de terre et sur gélose avec le fil de platine. Ensemencer : *Microbacillus prodigiosus* sur pomme de terre. *Sarcine jaune* sur gélose. *Bacillus subtilis* sur gélose.

III. — Stériliser à sec à 170° pendant 1 heure, 10 tubes à essai vides, bouchés à l'ouate. Répartition du bouillon de viande stérile en tubes et en matras stérilisés, au moyen de la pipette Chamberland. Ensemencements en milieux liquides. Dilutions.

IV. — Recueillir aseptiquement de l'humeur aqueuse en pipettes stériles. Cultures de bactérie charbonneuse en gouttes suspendues.

V. — Examiner les cultures en gouttes suspendues faites à précédente séance. Ensemencer par dilution au 1/100, en plaques de gélatine, l'eau d'Emmerin fournie par le robinet du laboratoire.

VI. — Coloration simple du *bacillus prodigiosus* par la fuschine de Ziehl. Coloration simple de la *sarcine jaune* par le bleu de méthylène. Coloration simple du *bacillus subtilis* par la méthode de Gram. Montage des préparations dans le Baume de Canada.

VII. — Séparation de quelques espèces microbiennes de l'eau d'Emmerin. Ensemencements sur gélose.

VIII. — Autopsie des animaux. Examen et double coloration du sang d'un animal mort du charbon. Prélèvement aseptique du sang avec la pipette effilée. Ensemencement du sang sur un tube de gélose.

IX. — Examen des cultures de bactérie charbonneuse. Coloration simple par le Gram. Ensemencement sur gélose de staphylocoques dorés et blancs. Ensemencement en bouillon de streptocoque et de bacille pyocyanique.

X. — Examen et coloration par la méthode de Gram des cultures de staphylocoques et de streptocoques. Coloration du bacille pyocyanique à la thionine.

XI. — Examen et coloration du sang d'un animal mort d'infection pneumococcique. Culture du pneumocoque de Talamon-Fraenkel sur gélose. Culture du pneumobacille de Friedlander sur gélose. Culture du vibron cholérique sur gélose.

XII. — Examen et coloration des cultures de pneumocoques de Talamon-Fraenkel par le Gram ; des cultures de pneumobacille de Friedlander par la thionine ; du vibron cholérique par la fuschine de Ziehl avec lavage à l'eau. Ensemencer le bacille d'Eberth et le coli sur gélose et sur pomme de terre.

XIII. — Examen et coloration du bacille d'Eberth et du bactérium coli par la thionine. Ensemencer le bacille diphtérique sur sérum coagulé et en bouillon.

XIV. — Examen et coloration du bacille diphtérique par la méthode de Gram. Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

XV. — Examen et coloration de cultures de tuberculose humaine. Coloration de crachats tuberculeux : Méthode d'Ehrlich-Nicollé. Coloration d'actinomyose humaine par la méthode de Gram.

XVI. — Méthodes de cultures anaérobies en bouillon, en gélatine, en gélose. Examen et coloration de microbes du tétanos avec spores, par le Gram.

XVII. — Culture et coloration du *micrococcus tetragenus* par le Gram. Coloration de pus blennorrhagique par la thionine pour la recherche du gonocoque. Nodosités des légumineuses. Coloration de bactéroïdes du trèfle ou de la luzerne.

XVIII. — Favus et Teignes. Examen de cultures de *Trichophyton*. Examen de cheveux teigneux.

XIX. — Inoculation de cultures de tuberculose dans le sac lymphatique dorsal des grenouilles. Coloration de phagocytes ayant englobé des bacilles tuberculeux.

XX. — Inoculation de cultures virulentes de diphtérie dans le péritoine d'un cobaye préalablement immunisé par le sérum. Coloration de phagocytes ayant englobé des bacilles diphtériques. Méthodes de contrôle des sérums antitoxiques.

— Par décision ministérielle et travaux le jeudi 23 février, République.

M. Felix FAURE une sympathie si spires qu'abritent les silence que s'imposés faits de la vie publique, qui sut si bi

— Conformément vient de décider, à pratique d'anatomie 31 juillet 1893 à la de doctorat, serait épreuves pratiques (ancien régime) et troisième examen (épreuve pratique médecine opératoire

## UNIV

Le Comité du M Municipalité de Li l'Institut Pasteur, a Monument et de l'Une délégation com président du comité DE LAPERSONNE, doy de l'institut s'est re avec les délégués d cérémonie d'inaug publique, de l'agric

— Le conseil de cours complémentaires agrégé GAUDIER, n être chargé de cet prochain semestre

— Par arrêté du dans les Ecoles de y cine et de pharm Universités, les cou teur, après avis du

## SOI

— Académie de BRUNON (de Rouen)

A M. MONTEZ, na adressons nos bien tinction méritée.

Société de biologie

## Dist

Ont été décernés de leur dévouement

HÔTEL, du Puy ;  
l'ambulance

BOUQUET, de  
critime : LA-

des hôpitaux

eurs la mort  
en retraite ;  
, de Vezzani  
REMONNEAU,  
NADEAUD, de  
rie (Seine-et-  
; Roux, de  
enne-au Clos  
GLANTENAY,  
e Landrecies  
lté de méde-  
-du-Rhône) ;  
(Côte-d'Or) ;

'Association  
M. CÉZILLY,

re des deux  
syndies, se  
ne peuvent  
ue dirigeait  
Ranse vient  
'association.  
CORNIL et  
de la Presse

atures pour  
de Chirurgie  
ernationales  
'chirurgicale :  
DELEFOSSE.  
rganiser en  
icale, après  
t les remar  
laire auprès  
démarches  
ajouté à la

ISTE

e, etc.

Peur et pour  
des enfants

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

6<sup>e</sup> ET 7<sup>e</sup> SEMAINES, DU 5 AU 18 FÉVRIER 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		12	16
3 mois à un an . . . . .		12	8
1 an à 2 ans . . . . .		13	5
2 à 5 ans . . . . .		3	7
5 à 10 ans . . . . .		»	»
10 à 20 ans . . . . .		4	4
20 à 40 ans . . . . .		13	18
40 à 60 ans . . . . .		25	15
60 à 80 ans . . . . .		13	26
80 ans et au-dessus . . . . .		4	8
Total . . . . .		99	107

NAISSANCES par quartier		Masculin	Féminin
14	26	41	45
17	23	20	17
23	33	16	10
19	6	2	6
10	2	17	37
7	1	7	13
13	252		

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS		Masculin	Féminin
TOTAL des DÉCÈS		25	26
Autres causes de décès		7	9
Homicide		»	»
Suicide		»	1
Accident		»	1
Autres tuberculeuses		»	1
Méningite tuberculeuse		»	»
Phtisie pulmonaire		7	4
Diarrhée et émérité		»	»
plus de 5 ans		»	»
de 2 à 5 ans		»	»
moins de 2 ans		1	2
Maladies organiques du cœur		3	3
Brochite et pneumonie		5	6
Apoplexie cérébrale		»	1
Autres		»	»
Congelation		»	»
Grippe et diphtérie		»	»
Fièvre typhoïde		»	»
Scarlatine		»	»
Rougeole		»	»
Variole		»	»

Répartition des décès par quartier	Total.
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	
Gare et St Sauveur, 27,670 h.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes, 41,381 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,491 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
Total.	252



unguéales, si  
ienne, il va se  
constituée par  
daire, surtout  
es, permettent  
où production  
prenant facile-  
le caractère  
voisinage avec  
tionnellement  
de l'eczémati-  
nent variables  
asite se sera  
our chacun de  
telle personne  
à punaises ou  
poussée d'ur-  
, tandis que  
es de piqûres  
s l'espèce un  
uemment des  
s en quelque  
peau réagisse  
st que, depuis  
érir une véri-  
é par les épi-  
: ce sont les  
dont le tégu-  
les habitants  
lue, au moins  
ateczémateux,  
les poussées  
sorte qu'à se  
ns l'eczémati-  
r, alors que la  
ence des para-  
s insectes para-  
ctions qu'ils y  
us exposer un  
de vue de la  
s récentes ont  
r de leur rôle  
es infectieuses.  
les à l'homme,

l'impaludisme et la peste, reconnaîtraient comme propagateurs actifs, l'impaludisme les moustiques, la peste les puces.

Vous n'ignorez pas que l'agent pathogène de l'impaludisme a été découvert par LAFERAN qui l'a décrit sous le nom d'hématozoaire du paludisme. On est encore aujourd'hui très mal renseigné sur l'habitat de cet hématozoaire en dehors de l'organisme et sur la façon dont il pénètre dans notre milieu intérieur. Tout ce que l'on sait, c'est que la contamination ne s'effectue que dans certaines régions, dites régions palustres, où règne la malaria. Or, LAFERAN a émis l'hypothèse que les moustiques seraient susceptibles d'être les convoyeurs de l'infection : ils seraient les vecteurs de l'hématozoaire et le feraient pénétrer chez l'homme par piqûre, c'est-à-dire en pratiquant une véritable inoculation.

Koch tout récemment s'est fait (voir *Presse médicale*, 17 décembre 1898) le défenseur de la même théorie, et il fait remarquer que dans beaucoup de régions la malaria ne sévit que pendant certains mois de l'année et ce sont toujours ceux pendant lesquels les moustiques pullulent. Dans quelques petites îles de l'Afrique Orientale, le paludisme n'existe pas et précisément, dans ces îles, les moustiques font absolument défaut. Enfin, de même que les moustiques, la malaria ne se rencontre pas dans les montagnes à partir d'une altitude de 1.200 mètres.

Koch rapporte qu'il existe des tribus nègres indemnes de la malaria sur les montagnes, qui se rendent parfaitement compte qu'en descendant dans la plaine ils s'exposent à contracter les fièvres palustres : ces nègres rattachent à la piqûre de certains moustiques l'apparition de la malaria et désignent par le même mot « mbou » et la fièvre palustre et l'insecte qui s'en ferait l'inoculateur.

Evidemment, Messieurs, la « théorie des moustiques » dans l'étiologie du paludisme n'est encore qu'à l'état d'hypothèse et n'a pas été confirmée par des recherches expérimentales, mais la valeur de ses deux promoteurs, LAFERAN et Koch, mérite assurément qu'on y attache une grande importance.

Le rôle des puces dans la propagation de la peste paraît être beaucoup mieux établi. Ce rôle a été mis en avant dans un mémoire paru en octobre 1898 dans les *Annales de l'Institut Pasteur* et dû au Dr SIMOND, qui est allé étudier dans l'Inde les modes de propagation de la peste.

Il est aujourd'hui classique que la peste est due au développement d'un bacille particulier découvert par Yersin, que la peste humaine est généralement précédée d'une épidémie pesteuse chez les rats de la région qui va être contaminée. D'où la conclusion que la peste de l'homme n'était due qu'à la transmission de la peste du rat.

**Mais il restait un point obscur : comment se fait la transmission du rat à l'homme ?**

Des observations et des recherches expérimentales qu'il a effectuées et au sujet desquelles je vous renvoie au mémoire original, SIMOND conclut sans hésiter que l'agent de transmission est constitué par les puces qui, ayant puisé dans le sang du rat pesteux le bacille spécifique, l'inoculeraient par piqûre à l'homme.

Voici du reste, à ce sujet, les points principaux des conclusions de SIMOND :

« Les phlyctènes précoces que l'on rencontre chez  
 » certains malades marquent le point d'introduction  
 » du virus. Elles siègent toujours dans les régions  
 » exposées aux piqûres de puces.

» La transmission à l'homme par le contact des  
» cadavres frais de rats pestiférés est fréquente, alors  
» qu'un cadavre ancien abandonné par les puces peut  
» être manié sans péril.

« La puce qui a absorbé du sang septique sur un animal pestiféré conserve, pendant une durée encore indéterminée, le microbe en culture dans le tube digestif, et l'inoculation au rat du contenu intestinal peut lui donner la peste. »

N'y a-t-il que l'impaludisme et la peste que l'on ait accusé les parasites épizoaires de propager ? Certes non.

Je me contenterai de vous rappeler que FINLAY a édifié pour la fièvre jaune une « théorie des moustiques », absolument semblable à celle soutenue par LAVERAN et KOCH pour l'impaludisme, théorie qui, il faut bien le dire, ne compte que peu d'adhérents ; que KLEBS le premier, en s'appuyant sur des recherches cliniques, a soutenu que les parasites de la peau, en particulier les punaises, étaient les propagateurs les plus énergiques du typhus récurrent, en transportant de malade à homme sain, le spirochète spécifique puisé dans le sang du premier. Ces recherches cliniques ont été justifiées par les recherches expérimentales de TIKTINE (An. in *Médecine Moderne*, 1897). Que NETTER (in *Traité de Médecine* de BROUARDEL et

GILBERT) est tout disposé à admettre la même étiologie dans le cas d'un exanthématique.

Que DEWÈRE a pu  
(*Revue de Médecine*) et  
tendant à prouver qu  
propagée par des puna

Que P. MANSON a décrit de la FILARIOSE, la Filariose, l'élément parasite se trouvant dans le sang des moustiques dans l'organisme, les métamorphoses, au dehors, dans les moustiques, pour repasser dans le corps de l'homme, renvoie pour plus de détails à la *Traité de pathologie*.

Enfin, une infection  
l'homme, le charbon, n  
dant longtemps comm  
épizootique accidentel, la  
vrai qu'aujourd'hui le  
neuses n'est plus guèr  
exceptionnel, comme v  
compte par la lecture d  
monographie récente d

En pathologie compa  
zoaires n'est pas moins  
de certaines infections.

SMITH d'abord, puis démontrer que la fièvre et contagieuse des bovid années une extension Afrique et dans certain à une véritable septicér qui a été isolé est transp sain par des tiques acar

Koch n'admet-il pas, redoutable mouche tsé-té dans l'Afrique Orientale vecteur d'animal à an sanguin.

Après cette longue digression dans la propagande, je pense que, par une digression justifiée, je pourrais revenir à l'importance du sujet, revenons :

La première que je ve  
n'a aucun antécédent  
héréditaire à relever, qu

is. Notons simplement  
ie, les yeux brillants, un  
e peau très dermogra-

d'elle, vous êtes immé-  
eur fade et repoussante  
si vous essayez de sou-  
que les cheveux sont  
nt une sorte de calotte  
ce. Par cette manœuvre  
e et vous voyez grouiller  
ur le cuir chevelu.

calisation du parasite :  
térieure du cuir chevelu  
plier. Remarquez aussi  
en-dessous de l'implan-  
, excoriée, couverte de  
localisation particulière  
attention et vous faire  
l'irritation cutanée la  
examen rapide de la  
le reconnaître que les  
ent aux cheveux, sous  
ume d'une grosse tête  
let et constituant l'im-  
is dermatologistes, qui  
pédiculaire.

aractères des parasites ?  
tails purement zoologi-  
jet à l'excellente mono-  
BEILLE concernant les  
au humaine (collection

dire que les poux sont  
nt une tête armée de  
s ils attaquent le tégu-  
avec lequel ils aspirent

la femelle est notable-  
e et ces animaux sont  
une femelle mère peut,  
ondre 50 œufs et avoir  
ns.

pose le long du cheveu :  
tout près du cuir che-  
g du cheveu. Un cheveu  
orte de chapelet de 15,  
15 œufs. Ces œufs sont

enveloppés d'une sorte de coque chitineuse très adhé-  
rente au cheveu, située latéralement par rapport à  
celui-ci et constituant ce que l'on appelle les « lentes ».  
Remarquez que ces lentes restent en place une fois  
que l'embryon les a quittées, qu'ils peuvent persister  
longtemps après la guérison de la phthiriasis et faire  
considérer la personne qui la porte comme « pouil-  
leuse », alors qu'elle ne l'est plus. C'est ce qui se  
présente chez notre seconde malade : celle-ci, arrivée  
avec un cuir chevelu dans le même état que la pre-  
mière, a vite été débarrassée, par un traitement appro-  
prié, de ses poux, les embryons non éclos ont été tués  
et elle n'en porte pas moins encore aujourd'hui, le long  
de ses cheveux, ces sortes de coquilles d'œufs de poux  
qui constituent les lentes.

Il est nécessaire, Messieurs, que vous examiniez  
attentivement l'aspect du cheveu qui présente des  
lentes, il est tout à fait caractéristique : vous constatez  
qu'elles sont constituées par de petits corps ovalaires,  
d'un éclat gris nacré, d'une dimension d'un milli-  
mètre environ dans leur grand axe, et qu'elles sont  
implantées obliquement et latéralement par rapport à  
la direction du cheveu. En outre elles adhèrent très  
intimement au cheveu et vous ne pouvez les en déta-  
cher en faisant glisser le cheveu qui les porte entre  
deux doigts. Ces caractères sont tout à fait typiques  
et vous permettront toujours de ne pas confondre les  
lentes avec la fine desquamation furfuracée de la  
séborrhée sèche du cuir chevelu, qui, en se collant  
contre un cheveu, peuvent un instant prêter à la con-  
fusion pour un examinateur inexpérimenté.

La façon dont se développent les poux et le com-  
ment de leur extension progressive ont été remarqua-  
blement décrits par KAPOSI : Supposez, dit-il, qu'un  
enfant ou une jeune femme prenne quelques poux de  
tête ; leur morsure et leur succion donnant lieu à de  
la démangeaison et à du grattage, il se produit loca-  
lement un écoulement de sang et de sérum, c'est-à-  
dire une plaie, des croûtes, une certaine sensibilité.  
Dans la crainte de provoquer de la douleur le patient  
évitera d'atteindre cette croûte avec le peigne ; les  
poux ont donc là une sorte de petit asile où ils pour-  
ront proliférer tout à leur aise. De ce point la propa-  
gation se fera de proche en proche au point de cons-  
tituer l'état que nous observons chez notre malade.

Les anciens auteurs avaient décrit comme une  
maladie spéciale, qu'ils appelaient trichoma ou plique  
polonaise, cet enchevêtrement et cet état poisseux des

cheveux qui leur font prendre l'aspect d'une véritable calotte, comme chez notre malade. HÉBRA a démontré qu'il n'y avait là que le résultat des lésions irritatives suintantes et eczématiformes produites par la présence des parasites.

Au point de vue de la fréquence des poux, je vous ai fait remarquer à maintes reprises combien souvent nous les rencontrons chez les jeunes femmes et les enfants qui fréquentent notre consultation gratuite. AUBERT a fait à ce propos quelques recherches dans la population hospitalière (*Lyon médical*, 1879) et il a trouvé que sur 105 enfants de la clientèle hospitalière, 78 avaient des lentes ou des poux, 18 en avaient eu, et 8 seulement n'en avaient jamais eu.

Dans la classe aisée elle-même, les poux se rencontrent fréquemment, mais grâce à des soins minutieux dans la vie commune, ils n'ont pas de tendance à se développer beaucoup. Mais que la jeune femme qui en est porteur, par exemple, vienne à s'aliter pour une maladie aiguë, ou pour faire ses couches par exemple, les parasites, que le peigne et la brosse ne dérangeront plus pendant un certain nombre de jours, vont se mettre à pulluler à la grande surprise et parfois à la grande indignation de la patiente, qui accusera volontiers, j'ai vu le cas, son médecin de lui avoir apporté des poux de l'hôpital, alors que les lentes révélatrices permettront d'affirmer que les poux existent depuis des mois, parfois des années.

En effet, nous avons vu tout à l'heure que l'insecte dépose ses œufs en contact avec le cuir chevelu : l'œuf adhérent suit le cheveu à mesure que celui-ci s'allonge, et l'éloignement des lentes du cuir chevelu vous permet d'affirmer que les poux ont envahi la chevelure depuis longtemps.

Chez notre malade, l'état général est satisfaisant ; malgré l'état du cuir chevelu, les ganglions ne sont que peu tuméfiés et peu douloureux. Chez les enfants, le retentissement ganglionnaire est plus marqué. Les réactions du cuir chevelu peuvent aller jusqu'à provoquer des abcès, l'état général pâtit de la suppuration locale et de l'insomnie qu'occasionnent les démangeaisons. AUBERT, par des pesées effectuées chez des enfants phthiriasiques, a démontré qu'à elle seule, la pédiculose étendue du cuir chevelu pouvait amener un amaigrissement notable du sujet.

Le *pediculus capitis* a pour habitat presque exclusif le cuir chevelu. Cependant LYDSTON, cité par DUBREUILH, a vu chez une jeune fille de quinze ans,

atteinte de prurit couverte de poux garnis de lentes, le

BESNIER et DORVILLE ont observé chez certains vieillards, les poux de la barbe et de la chevelure.

Signalons en passant que la couleur de la tête varierait suivant le type de la peau : blanc chez les européens, noir chez les noirs, il serait noir chez les asiatiques. Cette différence n'est que celle de la couleur de la peau et ne peut pas reconnaître s'y serait égaré.

Le traitement du pucier comporte deux indications : élimination des parasites et de leurs lésions secondaires.

Chez les hommes, on commence par faire couler sur la tête un savonnage émollient, puis on applique ou au naphthol. En cas d'irritation, on se trouve avec le sublimé à la dose de 1 gramme. Une bonne préparation préconisée par les auteurs est irritée, on commence avec des insecticides, des poudres de sulfate de cuivre à 100 grammes d'huile, le bon remède est utile pour apaiser.

Chez les femmes, on ne sacrifie la chevelure, y arrive toujours. Les lésions en vous servent par KAPOSÍ :

Pétrole du commerce

Huile d'olive.

Baume du Pérou

On verse ce mélange sur la chevelure, on frotte avec de la flanelle tous les poux sont tués, plus se développent. L'alcool de savon du cuir chevelu se vaseline boriquée.



conseillez à vos  
métallique fin  
chaud. L'acide  
neuse qui fait  
ad leur sépara-

é, vous pourrez  
, ou aux pulvé-  
ur 1.000 d'acide

moment de son  
e la pédiculose  
ps.

utes différentes  
susceptibles de  
du côté de la  
ous étudierons  
notre démon-  
avez sous les

guments, mais  
porteur : aussi  
es vêtements ».   
ments les plus  
niveau princi-  
re du tronc, de  
déposent leurs  
de reconnaître  
vêtements, ils  
dre leur repas :  
ne papule très  
u grattage. Au  
oint hémorrha-  
pertuis, est en  
qui se gratte et  
ns d'épiderme,  
rme de traînées  
ié. J'insiste sur  
se recouvrent  
ognomoniques  
est là un point  
le parasite, au  
ubir l'examen,  
dans les plis,  
qu'examiné à  
un seul pou et  
gnostic sur les  
rovoquées.

Cela est d'autant plus vrai qu'il n'est pas rare que les malades de notre consultation externe, par exemple, pour venir nous consulter, changent parfois de linge et qu'il n'est pas facile de retrouver sur leur linge propre les parasites en question qui les assailliront de nouveau quand ils rentreront chez eux. Dans nos salles d'hôpital, on a pour habitude d'enlever aux malades tous leurs vêtements et leur linge pour leur donner du linge propre.

Eh bien, lorsque vous examinez un phthiriasique dans ces conditions, vous ne pouvez plus mettre la main, passez-moi l'expression, sur un seul pou et cependant les excoriations multiples dont il peut être couvert avec leur localisation spéciale, doivent vous permettre d'établir un diagnostic ferme.

La phthiriasis de nos jours, Messieurs, est bien déchue de l'importance nosologique que lui donnaient les anciens auteurs ; il ne faudrait pas remonter bien loin le cours du temps, pour trouver répandue non seulement dans le public, mais parmi les médecins, l'idée qu'il y a deux espèces de phthiriasis, l'une superficielle, celle que je viens de vous décrire ; l'autre beaucoup plus grave, naissant des profondeurs de l'individu lui-même, d'où le nom de phthiriasis spontanée ou phthiriasis interne, d'un pronostic très sombre et pouvant par elle seule conduire son homme au tombeau.

Aujourd'hui, il est inutile d'insister sur le peu de créance qu'il faut donner à de pareilles conceptions. Mais laissez-moi vous citer quelques passages, sans remonter plus haut qu'à la fin du siècle dernier : « Il y a un phthiriasis interne ou funeste et un phthiriasis externe, dit SAUVAGE, dans sa nosologie écrite » en 1763 ; dans la première forme, il sort des pediculi de divers endroits du corps, comme des yeux, » du nez, de la bouche, de l'urèthre, de l'anus. Ce » qui tourmente les malades, les maigrit et leur cause » la mort. » LIEUTAUD, quelques années plus tard va encore plus loin : « Ce qu'il y a de plus sur- » prenant, dit-il, c'est qu'on a trouvé des pediculi, » par l'ouverture des cadavres, qui, après avoir percé » les enveloppes du cerveau, s'étaient logés dans sa » propre substance. » En 1813, FOURNIER rapporte l'histoire d'une dame de quarante ans, qui rendait des myriades de pediculi par l'anus, l'urèthre, etc. ! Plus près de nous, DEVERGIE affirme que le phthiriasis spontané existe, et en 1871 on trouve encore un observateur, le docteur BERTUUS, de Marseille (*Gazette médi-*

*cale de Paris*), pour rapporter deux cas de phthiriasis spontané observés dans sa pratique !!

Vous voyez, Messieurs, combien les erreurs qui vous paraissent aujourd'hui les plus manifestes et les plus faciles à mettre en évidence ont de la tendance à s'éterniser. Et remarquez bien que dans cette courte digression, je n'ai pas fait allusion au dire des historiens non médecins, qui nous auraient raconté que Sylla, Hérode, Philippe II d'Espagne, entre autres grands personnages, auraient succombé au phthiriasis interne. Que dis-je, en 1859, d'après BERTULUS, Ferdinand II, roi des Deux-Siciles, aurait aussi été la victime d'une affection pédiculaire spontanée qui l'aurait tué !

Revenons à l'examen de notre malade : vous voyez qu'actuellement elle ne présente plus d'excoriations et de croûtes sur les téguments, mais vous êtes immédiatement frappés, en jetant les yeux sur elle, par la coloration noirâtre que présentent certaines parties du corps. La nuque, la partie supérieure du dos, sont le siège le plus accusé de cette pigmentation : la pigmentation n'est pas tout à fait uniforme ; si vous y regardez de près, vous constatez que le fond noirâtre de la peau est sillonné de raies blanches, ayant absolument l'aspect et les dimensions des excoriations dues au grattage : de fait, il s'agit là des traces cicatricielles de ces excoriations.

Vous retrouvez la même pigmentation, avec les mêmes cicatrices, mais moins marquées, au pourtour de la ceinture et sur les parties inférieures de l'abdomen.

La localisation de cette mélanodermie est vraiment caractéristique ; pour certains auteurs, elle serait même pathognomonique ; TENNESSON déclare que tout eczéma de la nuque et de la ceinture, qui s'accompagne de mélanodermie, doit faire rechercher la présence des poux.

Dans un certain nombre de cas, la mélanodermie phthiriasique se généralise et tout le tégument est le siège d'une pigmentation aussi accusée que celle présentée par notre femme à la partie supérieure du dos et à la taille. Il s'agit généralement alors de personnes âgées, misérables, et cette affection a été décrite par GREENHOW, sous le nom de « Maladie des vagabonds ».

Bien plus, la pigmentation pourrait s'étendre en pareil cas à la muqueuse buccale, et THIBIERGE en a rapporté quelques exemples.

Vous comprenez peut être ambiguë et la maladie d'Addison, l'asthénie addisonnienne, les troubles moratifs et la consistance de faire le diagnostic.

Quelle est la pathologie ? Pour la pathologie à l'irritation chronique, le grattage, et on n'a pas de sorte banale (*Thèse* d'autres, et en particulier Bounou (*Th. de* ) serait due non aux sites et à l'inoculation capable de lui donner.

Le diagnostic de la mélanodermie est facile, à condition de prurit lorsqu'on se plaignant de démangeaisons le cas chez des personnes le diagnostic prurit souvent formulé a aurait permis de cause, la présence surtout facile à constater, à l'appareil recherche des poux, la présence des misérables.

N'oubliez pas que la certitude sera fournie des lentes ; ces lentes dans les plis et les avec la peau, le prurit, laine, demanderont loupe pour être de

Une autre affection c'est la gale ; mais différente. Les lésions au niveau des vêtements est absente la gale est surtout phthiriasis il est fréquent la plupart des vêtements il se couche.

Enfin signalons le cas, assez fréquent

malade peut être couvert et déclarer de la meilleure « ça démange pas » et qu'il est incrédule quand vous lui dites qu'il est porteur et qui l'ont est lui-même qui en est en

tiriasis est extrêmement rare les parasites là où ils se trouvent. Pour y arriver, faire passer les vêtements, les parasites détruits, quelques-uns d'amidon, des pansements de complications furonculaires vous donneront à vous satisfaction.

### des Sociétés savantes

**es.** — M. CHIBRET présente un examen des albuminoïdes, notamment ceux des

**ne.** — M. DIEULAFOY présente des observations sur le diagnostic de

. — Le traitement de l'apoplexie.

pour l'opérateur de se couvrir les interventions.

**Hôpitaux.** — M. ACHARD présente une étude du bleu de méthylène.

— MM. HALLION et CARRION présentent un cas d'œdème. L'œdème serait le résultat d'une altération moléculaire du sang.

### français et étrangers

**du scaphoïde et du**  
TEL (*Presse médicale*, 1899,

*Presse médicale*, une étude  
scaphoïde et du semi-

ons de la façon suivante :  
semi-lunaire en avant, en

scaphoïde ;  
e et du semi-lunaire.

L'auteur donne deux observations inédites, dues à MM. les professeurs FOLET et DUBAR.

Puis il aborde la question du mécanisme. Jusqu'ici la pathogénie de ces luxations n'avait point été expliquée. Voici la théorie originale de M. POTEL :

poignet. On voit que le troisième métacarpien avec le grand os forme une sorte de coin qui, sous l'influence d'une pression dirigée de bas en haut, agit sur le semi-lunaire et sur la portion supérieure et interne du scaphoïde. Les deux os peuvent être atteints, mais la figure montre que le semi-lunaire est le plus exposé et, en fait, les luxations du semi-lunaire sont beaucoup plus fréquentes.

Le scaphoïde échappe plus facilement, mais s'il participe au traumatisme, deux cas peuvent se présenter :

1° bien l'os est entraîné tout entier avec le semi-lunaire (DUBAR), ou bien l'extrémité supérieure sur laquelle porte seule l'action du grand os, se rompt et luxé, pendant que l'extrémité inférieure reste en rapport avec le trapèze et le trapézoïde (FORGUE).

Examinons maintenant un poignet en coupe sagittale suivant une ligne AB, passant entre le scaphoïde et le semi-lunaire.

Si l'on place la main en légère hyperextension, on voit que déjà dans cette position, qui ne dépasse pas les limites normales, les ligaments radio-carpiens sont tendus, et que le semi-lunaire fait saillie à la face palmaire de près d'un tiers de son volume.

Si nous fléchissons le poignet, nous voyons les mêmes phénomènes se passer à la face dorsale du carpe.

Ceci dit, supposons une force  $F$ , agissant obliquement sur le métacarpien (fig. 2). Cette force peut se décomposer en deux ; l'une,  $f'$ , qui agit perpendiculairement au métacarpien, et par conséquent augmente l'hyperextension et fait saillir davantage le semi-lunaire ; l'autre  $f$ , parallèle au métacarpien qui, par l'intermédiaire du grand os, va pousser le semi-lunaire contre les ligaments radio-carpiens. Ces ligaments sont extrêmement résistants, aussi faut-il une force énorme pour les rompre. Mais, si la force dépasse la résistance, le ligament qui supporte seul le choc se rompt, et le semi-lunaire, chassé comme un noyau de cerise, vient se loger à la partie antérieure de l'avant-bras.

Le mécanisme est identique pour les luxations dorsales. Le choc sur la face postérieure de la main se décompose également en deux forces, l'une perpendiculaire, qui augmente la flexion et la saillie dorsale du semi-lunaire, l'autre, parallèle, qui pousse cet os contre le ligament radio-carpien postérieur (fig. 3).

Nous concluons donc en disant :

1° Les luxations du scaphoïde et du semi-lunaire existent sans lésions des os de l'avant-bras.

semi-  
aperçu  
F. C.

né ou  
seur A.  
Janvier

ications  
il a été

mena-  
ceinte ;  
e, mais

re que,  
n'existe  
t vivant  
uels que  
ent ».  
sont les  
renacée  
nent du  
souvent

sée aux  
tement  
ent les

l mères

atrices.

s rétré-  
traire,  
s où des  
mena-

nts dits  
trophie  
hémor-  
excep-  
vement

ention,  
e de la

Quant aux maladies intercurrentes, elles ne paraissent pas être influencées favorablement par l'interruption de la grossesse. D'où l'indication de ne pas provoquer l'avortement dans ces cas.

En un mot, pour le professeur PINARD, l'indication réelle de l'avortement provoqué n'existe que quand la cause des accidents qui menacent sûrement la vie de la femme est certainement la grossesse ; en provoquant l'avortement dans ces conditions, le médecin ne sacrifie jamais le fœtus, fatalement condamné, et assez souvent il *sauve* la mère.

Encore l'opération ne doit-elle être faite qu'après consultation entre plusieurs confrères partageant la même opinion et la responsabilité.

Dr M. O.

## VARIÉTÉS

### La Faculté de Médecine de Beyrouth

Dans le numéro du 26 juin 1898 du *Lyon médical*, M. Soulier a fait connaître à nos lecteurs l'organisation de la Faculté de Médecine de Beyrouth et les difficultés pour les nouveaux docteurs de pratiquer la médecine en Turquie.

D'après une note publiée dans plusieurs journaux de médecine, voici la solution donnée à cette crise : « Grâce aux efforts de la diplomatie française, la Turquie a fini par reconnaître à la Faculté de Beyrouth les mêmes droits qu'à la Faculté de Constantinople, et désormais les diplômes des deux Facultés auront la même valeur sur tout le territoire de l'empire.

Toutefois, le Gouvernement ottoman a maintenu son droit de contrôle sur les grades décernés par la Faculté de Beyrouth, et il a décidé que les jurys d'examen se composeraient des trois éléments suivants : des professeurs délégués par la France, des professeurs faisant partie du corps enseignant de la Faculté de Médecine de Beyrouth, et enfin des examinateurs, au nombre de trois, délégués par le gouvernement de la Porte et faisant partie de la Faculté de Constantinople ».

(*Lyon médical*).

Le docteur LE GENDRE, médecin des Hôpitaux de Paris, a eu l'idée ingénieuse de condenser, en quelques lignes, les préceptes relatifs à l'alcoolisme pour vulgariser les méfaits qu'il provoque et de les afficher sur une pancarte au lit de chaque malade. La *Société Médicale des Hôpitaux* a approuvé cette initiative louable. Nous avons pu nous procurer ces préceptes et les mettons sous les yeux de nos lecteurs, nous promettant d'en faire des tirés à part pour distribution et affichage, comptant aider ainsi à la lutte entreprise par le corps médical contre l'alcoolisme :

La plupart des maladies soignées dans les hôpitaux sont causées ou aggravées par l'abus des boissons alcooliques.

Toutes les boissons alcooliques sont dangereuses. Les plus nuisibles sont celles qui contiennent, avec l'alcool, des essences aromatiques, comme la *liqueur d'absinthe*, qui ne peut jamais être bienfaisante, et les prétendus apéritifs appelés « amers ».

Les boissons alcooliques sont encore plus dangereuses quand on les prend le matin à jeun et entre les repas.

devient inévitablement alcoolique, c'est-à-dire lentement par l'alcool, même sans avoir été état d'ivresse, quand il boit tous les jours de liqueur ou trop de bière (plus de 2 litres par jour, à boisson du repas).

est un poison, dont l'usage habituel détruit plus, mais inévitablement, les organes les plus nécessaires : l'estomac, le foie, les reins, les canaux du sang, le cerveau.

excite l'homme, mais il ne le fortifie pas, remplace pas la nourriture, mais il en fait perdre

boit souvent de l'alcool, ou quand on boit trop de deux litres par jour), on est plus exposé aux quand on est devenu malade, la maladie est toujours le se complique souvent de délire mortel.

cause très souvent la phthisie, en affaiblissant les aque année nous voyons des malades qui entrent à l'hôpital pour alcoolisme et qui reviennent quelques d atteints de phthisie.

s qui ont fait abus des boissons alcooliques ont enfants qui naissent mal conformés ou idiots, ou le convulsions.

## ELLES & INFORMATIONS

se fonder, à Paris, une nouvelle Société qui nom de **Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie**.

est ainsi composé : MM. PINARD, président ; ce-président ; VARNIER, secrétaire-général ; LEGUEU, secrétaires annuels ; POTOCKI, archi-PETIER DE RIBES, trésorier.

rofesseurs F.-J. HERRGOTT (de Nancy) et L.-D. e Bordeaux) ont été élus membres honoraires.

### UNIVERSITÉ DE LILLE

#### SOUTENANCE DE THÈSES

F.-A.-H.-J. CAUMARTIN, ex-interne des hôpitaux Regnière-Ecluse (Somme), a soutenu, le jeudi sa thèse de doctorat (5<sup>me</sup> série, n° 113), intitulée : **à l'étude de la nécrose du maxillaire dentaire par infection buccale**.

LHEUREUX, externe des hôpitaux, de Sainghin (Nord), a soutenu, le mardi 28 février, sa thèse (5<sup>me</sup> série, n° 114), intitulée : **La déambulation des affections du membre inférieur**.

lé protectrice de l'enfance a décerné, récemment à ses médecins-inspecteurs. Parmi les nous relevons comme intéressant notre région, le MM. les docteurs DERMIGNY, de St Simon ur une médaille de vermeil ; FRÉMICOURT, de Aisne), pour une médaille d'argent ; DELAVALLÉ, ur la-Lys (Pas-de-Calais) et GUILLEMONT, de as-de-Calais), pour une médaille de bronze.

### Mutations de

M. le docteur M l'asile d'Armentières.

M. le docteur De 2<sup>e</sup> classe à l'asile CHOCRAUX, nommé

M. le docteur A 2<sup>e</sup> classe, à l'asile

— Dans la liste reçus docteurs en cin aide-major de MM. DAUTHUILLE et

Rouen. — MM. H après concours, m

### SOCIÉTÉ

Académie des scie la Faculté des scie national.

— Académie de et M. R. Koch, d étrangers.

### Dis

M. le docteur Du Paris, vient de se classe de l'Osmani

Ont été

Chevalier de la L MOTTAN (de Paris).

Dans la récente avons relevé, en ce France, les noms abonnés :

Officiers de l'ins BUISSON, d'Auberc Lille.

Officiers d'acadér (Pas-de-Calais); D à Saint Pol-sur-M et-Oise). Nous adr félicitations.

Bordeaux. — M.

Toulouse. — M travaux de médec

Angers. — M. le d'un cours de p. suppléant, d'un c

Nous avons le de MM. les doctet quante-cinq ans d



# L'ÉCHO MÉD

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin

Rédacteur en Chef : F. CONBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Ocharmeil, professeur de clinique dermatologique et syphilitique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Kéraval, directeur de l'École de Médecine ; De Lapersonne, professeur de clinique chirurgicale ; Looten, médecin des maladies vénériennes, membre du Comité de l'École de Médecine ; Moty, médecin principal, professeur agrégé, chef de clinique chirurgicale ; Mont, professeur de clinique chirurgicale.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale ;

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, rue de la

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : La cystocèle crurale, par le docteur Lambret.

— Sur un cas d'hémoptysie mortelle chez un enfant de 8 ans, par le docteur E. Ausset. — BULLETIN MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES ; Compte-rendu de la séance du 10 Mars 1899 de la Société centrale de Médecine du Nord. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### La cystocèle crurale

Par le docteur Lambret, chef de clinique chirurgicale

On a beau savoir que la rencontre de la vessie au cours d'une opération de hernie (cure chirurgicale ou kélotomie) est une éventualité possible, le fait, quand il se produit, constitue toujours une surprise. Aujourd'hui que de nombreux hernieux viennent spontanément réclamer la cure chirurgicale de leur affection, il importe cependant d'être toujours en quelque sorte sur le qui-vive et de rechercher la vessie pour ainsi dire systématiquement. Les lecteurs de ce journal n'ont certes pas oublié les trois observations de cystocèles inguinales rencontrées en l'espace de quelques mois par M. le professeur DUBAR ; l'an dernier, M. le professeur CARLIER présentait à la Société de médecine du Nord un malade atteint d'une cystocèle inguinale, et nous-même venons d'en observer deux cas consécutifs au cours d'opérations pratiquées par notre

maître, le professeur DUBAR, qui a fait locaux suffire la vessie dans le cas d'une rareté excessive de la vessie est beaucoup de bibliographiques qui nous ont permis d'en réunir aux quelles nous allons maintenant passer.

OBSERVATION. — Auprès d'une femme depuis l'avant-veille ment herniaire. Ce bien portants, avait d'années, qu'elle portait droite ; cette tumeur n'avait jamais été malade, à certain pas. L'avant-veille plein d'eau, elle avait leur violente dans l'abdomen elle était couchée. encore été à la selle depuis deux jours et sements multiples et saut moyennement température à 37° douloureuse, et elle car la malade est très flasques par suite de la persistance de l'hypothèse de l'extension de l'intestin et je propose Après incision de la



cyrozes (c'est à  
de dont nous  
Dans la hernie  
ne temps une  
ie est accolée  
sac, on cons-  
e couche assez

reale

ire dont on le  
c'est la vessie.  
moitié des cas  
ipome préher-  
s la cystocèle  
use dont on a  
rapports de la  
souvent le sac

reale

que la vessie,  
circonstances  
n déplacement  
rocèle n'étant  
and la hernie

de la vessie est petite, elle peut passer inaperçue et l'organe peut être blessé sans qu'on le sache, au cours d'une cure radicale et surtout au cours du débridement d'une hernie étranglée; cet accident est fréquent dans la hernie inguinale, mais nous n'en connaissons pas d'exemple dans la cystocèle crurale. LEGRAND croit que, cette blessure pouvant avoir des suites sérieuses à cause de l'écoulement de l'urine dans le péritoine, les observations n'en ont pas été publiées; il fait remarquer qu'on ne publie pas volontiers ses insuccès: en outre, le malade mourant un jour ou deux après l'opération, la véritable cause de la mort peut passer inaperçue et celle-ci est mise sur le compte de l'infection herniaire, de l'intervention tardive... et si l'autopsie n'est pas pratiquée avec beaucoup de soin, la blessure de la vessie demeure ignorée.

La cystocèle crurale, contrairement à l'inguinale, est beaucoup plus fréquente chez la femme; sur 15 observations, nous comptons 13 femmes; elle se fait de préférence du côté droit puisque 13 fois également elle siégeait à droite; c'est essentiellement une affection de l'âge adulte, nous ne connaissons aucun cas au-dessous de 28 ans.

La pathogénie de la cystocèle crurale est assez obscure — celle de l'inguinale ne nous paraît pas mieux établie d'ailleurs — et c'est à sa compréhension que nous nous sommes plus particulièrement attaché. A l'état normal, quand elle est vide, la vessie est cachée derrière le pubis et sa pénétration dans le canal crural est complètement impossible. Distendue, la vessie s'élève plus ou moins haut, suivant le degré de sa distention; elle se dilate également suivant son diamètre transverse, elle vient alors assez vite se placer en regard de l'anneau crural ou tout à fait dans son voisinage (en même temps qu'elle comble les fossettes inguinales interne et moyenne); quand elle n'atteint pas l'anneau, en regard de celui-ci vient toujours se mettre la couche graisseuse périvésicale, grâce à la laxité de laquelle, au fur et à mesure qu'elle se videra, la vessie se dissimulera à nouveau derrière la ceinture pelvienne.

De ceci d'abord, on peut déduire un premier fait: la vessie s'engagera d'autant plus facilement dans l'anneau qu'elle en quittera moins les parages, lorsque par exemple, par suite de la diminution de sa tonicité, elle n'oppose pas de résistance à sa distension, quand elle est flasque et fait des tentatives moins énergiques pour chasser son contenu et rentrer dans le bassin.

Ces conditions pour les grossesses rétrogrades favorisent l'obstacle à la miction de même chez l'homme est susceptible de se trouver dans une situation à peu près la même, important, croyons-nous, à la coexistence des tumeurs crurales; la malaqua, le hydropisie du bas-bassin, l'hématocèle et l'apoplexie à l'hématocèle; dans les malades de HARTMANN, atteints de distension d'urine. Dans le bassin n'a pas été constaté, n'a pas coutume de se faire crurale. Or, pour l'expliquer, il est très intéressant de remarquer que la vessie est si distendue par la présence d'une tumeur qu'elle ne peut pas faire remarquer que tout au cours des fibromyomes, cette opération est plus courante; il parait que la tumeur, s'étaler transversement, se place sur le sablier, se place même ne s'ils ne l'ont pas parce qu'elle était dans ces circonstances l'obstacle à l'écoulement de l'urine. Il faut donc expliquer ainsi qu'il nous semble-t-il, l'obstacle à l'écoulement de l'urine a été exagéré et n'était pas constant. MONOD et DELAUNAY ont dit que toute cystocèle est étranglée et l'obstacle à l'écoulement de l'urine n'est en somme pas périvésicale et cette étranglement n'entraîne pas le rétrécissement et si elle a une inflammation, c'est plutôt un glissement de ce ré-

e une enté-  
secondaire-  
contraire,  
question, il  
de l'adhé-  
çon géné-  
itoine sont  
essivement  
ers auteurs  
; dans une  
oller com-  
que dans  
aisément.  
e médiane  
décollable,  
it des expé-  
hibéâtre ;  
e, pour que  
it un véri-  
euse de la  
jours faire  
a face pro-  
ce décolle-  
d'une façon  
ucoup plus  
était moins  
issection à  
des bribes  
jets, nous  
expérience  
giques sur  
absolument  
is fois nous  
raisse péri-  
tendue par  
; dans les  
a vessie est  
s, croyons-  
simplement  
se décolle  
ii sont plus  
oire, c'est-  
produire au  
où on fait  
l'adhérence  
laquelle le  
r'est que la  
é de l'adhé-

rence de la couche graisseuse périvésicale à la vessie. Il semble donc résulter de ces remarques que peu de sujets seraient susceptibles d'avoir une hernie de la vessie, et c'est ainsi qu'on s'explique la rareté de la cystocèle même lorsque la hernie intestinale, étant très volumineuse, une grande partie du péritoine est descendue. Maintenant, pourquoi le péritoine adhère-t-il plus fortement dans 10/100 des cas ? Nous ne pouvons le dire d'une façon formelle. Peut-être y a-t-il une cause pathologique et les affections antérieures de la vessie y sont-elles pour quelque chose ; le premier de nos deux sujets avait une prostate volumineuse, le second avait une grasse goutte militaire dans le canal ; ces deux sujets pouvaient donc avoir eu des poussées de cystite légère. Il peut très vraisemblablement exister des causes extravésicales et à ce propos nous pourrions citer une des deux observations de cystocèle inguinale que nous avons rencontrées dans le service du professeur FOLLET ; elle fut découverte au cours d'une nouvelle opération faite pour remédier à une hernie inguinale récidivante. Ils'agissait d'un de ces individus à parois abdominales peu résistantes chez lesquels les hernies se reproduisent avec tant de facilité. Bien qu'elle n'ait pas été suivie de suppuration, la première opération devait avoir amené une certaine irritation dans le voisinage des fils de soie qui avaient servi à suturer les piliers et cette irritation avait eu vraisemblablement pour résultat de produire une adhérence suffisante du péritoine à la vessie, par la suite celle-ci avait été entraînée avec le péritoine lorsqu'il avait recommencé à descendre dans la nouvelle hernie. Donc, à l'interrogation posée au début de ce chapitre : du péritoine ou de la vessie quel est celui qui entraîne l'autre ? nous croyons pouvoir répondre que c'est l'un ou l'autre. Si une entérocèle apparaît chez un individu à péritoine adhérent, il y a des chances pour que la vessie soit entraînée avec la hernie ; si dans les mêmes conditions se produit une cystocèle primitive, il est probable que le péritoine accompagnera la vessie dans sa descente. Quant à la théorie qui fait de la cystocèle le résultat d'une malformation congénitale, la constatation de la hernie crurale seulement à partir de l'âge de 28 ans, montre qu'elle ne peut être appliquée que d'une façon restreinte ; au reste, la congénitalité est trop souvent invoquée pour cacher notre ignorance. Néanmoins, rappelons-nous le cas d'HARTMANN, où la vessie et la trompe habitaient simultanément une hernie et



plaie opératoire  
lule urinaire.

it diagnostiquée  
t suffit pour en  
jusqu'à présent  
me. Quand, au  
qu'on vient de  
à tenir c'est de  
ou au catgut en  
ous-muqueuses.

la conduite que  
ible-t-il, réduire  
s l'abdomen, la  
ient dans notre  
suture, qui nous  
ystopexie. Cer-  
ment, il est vrai,  
ale, ont proposé  
a herniée. Cette  
lable et surtout  
ns guère théori-  
vésicale étaient  
rait menace de  
angement trop

pas le drainage  
ion de la vessie  
oi de la sonde à  
e fréquemment

a enfant de 8 ans  
é,  
'Université de Lille.

enfants, et si l'on  
e rapidement que  
culose, si souvent  
ls hémoptysiques  
t.

or à avoir signalé  
'hémoptysie fou-  
ration de l'artère  
x. BECQUEREL (2),  
pporté quelques

7.  
Maladies des Enfants.

163.  
1848.

observations où l'hémoptysie est notée. HENOCH, MANTEL (*Progrès Médical* 1887), MEUSNIER (Thèse de Paris 1892) ont également relaté des cas d'hémoptysies qui, le plus souvent, se sont produites chez des tuberculeux. CADET DE GASSICOURT, DOUGLAS-POWELL ont montré qu'on pouvait les observer à tout âge (16 mois et 7 mois). Mais quoi qu'il en soit c'est tout au plus si nous avons pu retrouver une quarantaine de cas publiés dans la science.

Aussi nous a-t-il paru utile de relater un cas très intéressant que nous venons de voir se dérouler dans notre service de l'hôpital St-Sauveur.

L.... Robert, âgé de 8 ans, entre dans le service de notre collègue PHOCAS, le 5 décembre 1898, pour être opéré d'une mastoïdite consécutive à une otite moyenne suppurée.

Nous ne possédons sur cet enfant aucune espèce de renseignements soit sur ses antécédents héréditaires, soit sur les maladies qui auraient pu l'atteindre auparavant.

Il entre donc chez notre collègue PHOCAS le 5 décembre. Le 8, il est pris d'une hémoptysie très abondante que l'on a évaluée à environ 300 gr. Le 13, il est opéré sans aucun incident notable. Le 13, à 5 heures du soir, nouvelle hémoptysie, encore plus abondante que la première, et le même jour, à 9 heures du soir, nouvelle hémoptysie peu abondante cette fois.

Il n'entre dans notre service, par évacuation, que le 17 au matin. On n'a pu me fournir aucun renseignement sur son état général pendant son séjour en chirurgie; j'ai pu seulement savoir qu'après l'opération, la température a oscillé autour de 38° sans jamais dépasser ce chiffre.

A son entrée dans notre service, le 17 au matin, nous constatons son extrême faiblesse, il semble tout-à-fait exsangue, tous ses tissus sont d'une pâleur cireuse les muqueuses sont absolument décolorées. Il éprouve la plus grande fatigue à se mouvoir dans son lit, recherche le repos, fuit les questions, auxquelles il répond à peine. Le poulx est petit, filiforme, la température périphérique est certainement bien au-dessous de la normale, les extrémités sont notablement refroidies.

Cependant la température centrale est normale, le thermomètre marque 36°8, dans le rectum.

La surface cutanée ne présente pas la moindre pétéchie. Il n'y a pas de sang dans les urines, ni dans les selles. Il n'y a rien au cœur, les battements en sont très faibles, mais nous ne notons aucun bruit anormal aux divers orifices. Rien au foie, ni à la rate. Rien de particulier n'est décelé par la palpation des organes abdominaux (estomac, intestin, reins). La bouche, examinée avec soin, ainsi que la langue, ne montre aucune érosion de la muqueuse.

L'enfant ne présente aucun trouble de la sensibilité ni des réflexes qui puisse faire soupçonner la grande névrose.

Du côté des poulmonx, l'examen pratiqué très attentivement nous montre :

En arrière, à gauche : matité dans la fosse sus-épineuse, mais tout-à-fait à la partie supérieure, car à mesure qu'on se rapproche de l'épine de l'omoplate la sonorité revient, amoindrie c'est vrai, mais tout-à-fait normale dans la fosse sous-épineuse.

A l'auscultation, respiration soufflante à l'endroit mat, avec quelques petits râles à l'inspiration, surtout après la toux. Rien d'anormal ailleurs.

A droite : légère diminution de sonorité dans la fosse sus-épineuse où la respiration est rude, un peu soufflante sans râles. Rien à noter dans le reste du poulmon.

En avant, des deux côtés, il n'y a rien d'anormal à noter.

L'enfant tousse très peu et ne crache pas.

Traitement : Repos absolu, bottes sinapisées, ergotine, champagne glacé, diète.

Le même jour, dans la soirée, l'enfant est pris d'un accès de toux, et rejette subitement une très grande quantité de sang. Malgré les soins empressés et très appropriés donnés par mon interne, M. CHATELIN, qui se trouvait là lors de l'hémorragie, le malade succombe.

Autopsie : Aussitôt la cage thoracique ouverte, on constate que tous les organes sont d'une extrême pâleur ; ils sont vidés de tout leur sang.

Il existe des adhérences pleurales des deux côtés, adhérences relativement assez récentes, faciles à déchirer avec les doigts, et qui comprennent presque toute la hauteur des deux poumons ; il n'y a pas du tout d'épanchement dans les plèvres. Nous ne trouvons pas trace, macroscopiquement du moins, de tuberculose pleurale.

Les poumons, enlevés, ont été examinés avec le plus grand soin, nous n'avons constaté aux sommets qu'un peu de congestion ; à ce niveau le tissu pulmonaire présente une coloration rosée, surtout à la coupe. La coloration était plus intense au sommet gauche. Mais nous n'avons pas trouvé le moindre noyau tuberculeux malgré nos recherches les plus minutieuses et longuement prolongées ; nous n'avons trouvé qu'un nodule tuberculeux, en partie crétacé, mais non pas aux sommets, où siégeait la congestion, mais bien sur le lobe moyen du poumon droit. Il faut ajouter que l'examen microscopique n'a pas été fait. En tous cas, nous le répétons à dessein, sauf ce petit nodule, gros comme un pois, pas la moindre lésion tuberculeuse des poumons visible à l'œil nu.

En revanche tous les ganglions bronchiques sont pris. Les uns présentent des granulations grises, d'autres commencent à devenir caséeux, d'autres enfin, et ce sont les plus nombreux, sont absolument crétacés.

Tous ces ganglions ont été autant que possible étudiés, disséqués, suivis avec le plus grand soin, nous n'en avons pas trouvé ayant contracté d'adhérences notables avec les organes voisins, surtout avec les vaisseaux ; toutefois dans le groupe de droite il y en avait quelques uns un peu plus adhérents que les autres. Les vaisseaux, eux aussi, d'ailleurs, ont été examinés avec attention, et il ne nous a pas été possible, par la dissection simple, de retrouver le vaisseau ouvert qui aurait donné naissance aux hémoptysies. Il est regrettable que nous n'ayons pas injecté les vaisseaux pulmonaires, ce qui nous aurait permis de les suivre plus loin, et peut être de trouver le vaisseau lésé.

L'œsophage examiné avec soin ne présente rien d'anormal ; pas la moindre érosion, pas de varices.

L'estomac est absolument rempli de sang ; on voit que ce sang est en partie coagulé. Une fois lavée, la muqueuse se montre absolument nette, et un examen très attentif et très minutieux nous montre qu'il n'y a ni érosion ni ulcération.

L'intestin est également normal. Pas la moindre érosion, particulièrement au niveau du duodénum.

Le cœur est normal ; l'endocarde est sain, les valvules sont normales, ni insuffisantes, ni rétrécies.

Rien à l'artère aorte, ni à l'artère pulmonaire.

Le foie, comme tous les autres organes, d'ailleurs, est absolument exsangue, et ne semble pas présenter d'autres lésions que celles d'une extrême anémie.

Rate et reins normaux. La boîte crânienne n'a pas été ouverte.

En résumé, voilà un sujet dont l'autopsie nous montre des lésions congestives banales des deux sommets sans tuberculose apparente à ce niveau, de l'adénopathie bron-

chique tuberculeuse et un noyau très petit et tout à fait localisé hémorragies considérables qu'on voit à l'autopsie. D'où viennent ces hémorragies ? nous faut rechercher maintenant le titre de notre communication sur l'enfant ».

Chez l'adulte, il est généralement difficile de diagnostiquer l'hémoptysie par les crachats qui est spumeux, rutilant. Chez l'enfant, le sang est d'abord dégluti, puis vomit dans l'estomac et par conséquent on ne peut pas le mesurer. Ces caractères ne peuvent pas servir pour notre diagnostic.

La première chose à s'enquêter est d'enquêter sur une hémorragie vers le nez ou buccale.

L'épistaxis peut en effet être facilement confondue avec l'hémoptysie. Mais chez l'enfant, le sang n'est pas très abondant, le sang postérieur du pharynx, descend dans l'estomac et est vomit ensuite. Mais dès qu'on a vu l'importance, le sang qui s'écoule par le nez est le diagnostic. Chez notre enfant, la lésion minuscule n'ait pas été la lésion de la pituitaire ; quelle que soit cette lésion, le sang n'aurait pas pu donner une telle profusion ; graves, il faut toujours un vaisseau qui s'écoule une quantité de sang perdue par notre enfant.

Le sang ne pouvait pas non plus être le sang que nous avons examinée en dissection : pas d'ulcération fréquente dans la coqueluche, des hémorragies graves, c'est-à-dire abondantes.

Chez les épileptiques, quand les lésions sont profondes, elles peuvent donner des hémorragies graves capables de donner la mort. L'enfant n'a jamais eu de crises épileptiques.

A l'autopsie, nous avons trouvé le duodénum tout à fait intact ; on n'a pas trouvé de hémorragie par lésion de la muqueuse du duodénum étaient sains et par conséquent incriminés. D'ailleurs, il faut toujours se méfier de tout à fait exceptionnel, de ces hémorragies venant de ces organes et d'autre part signalées, pour les éliminer. Par MANTREL, *Progrès Médical*, a trouvé à la nécropsie « de pe

rité cardiaque

nous semble,  
. Mais le pro-  
lu, et il nous  
ut-être la plus  
cause de cette

hémoptysies  
ait rien d'un  
hémorragies  
i.

ous nous trou-  
idents hémor-  
opération sur  
touchée par

és des phéno-  
intenses pour  
deux cas de  
es qui tuèrent  
a rougeole et  
nes, produire  
bles embolies  
exies pulmo-  
celées.

es, survenant  
t à la maladie

montrer qu'il  
e.

e nous avons  
e l'hôpital, et  
de grippe sur  
it, comme les  
e, amener de  
r une tuber-  
MEUSNIER) a

songer à la  
ait nous rap-  
otré qu'il n'y

ngue que l'on  
tion pourrait  
., les hémop-  
iez et SANNÉ  
tres auteurs,  
ment.

leux affirma-  
e, qui est une  
sur les gan-

glions bronchiques, peut parfaitement, par l'intermédiaire de ces derniers, amener des lésions des vaisseaux pulmonaires.

Mais, au reste, notre enfant n'avait pas la coqueluche; on ne peut donc ici invoquer ce mécanisme.

Il n'existait pas non plus d'affection cardiaque. On sait que dans les maladies du cœur, congénitales ou acquises, il peut y avoir des hémoptysies par congestion intense du poumon. Rien de semblable chez notre malade. L'auscultation nous avait permis de constater l'intégrité du cœur, et l'autopsie est venue confirmer notre diagnostic.

Il ne pouvait non plus s'agir d'une hémoptysie par gangrène pulmonaire; pendant la vie, la fétidité de l'haleine, du sang épanché, les signes stéthoscopiques nous auraient mis sur la voie du diagnostic, et à l'autopsie nous aurions dû retrouver le foyer de gangrène, qui, pour produire une telle émission sanguine, aurait présenté des dimensions ne permettant pas de le laisser passer inaperçu.

Il ne nous reste donc plus que la tuberculose pour expliquer les hémoptysies de notre malade.

Le plus souvent, dans les cas peu nombreux d'hémoptysies tuberculeuses qui ont été notés chez l'enfant, on a remarqué que ces hémoptysies se produisaient à la fin de l'évolution de la maladie, à la période des cavernes. Il ne peut s'agir d'un fait semblable chez notre enfant, puisqu'il n'y avait pas de cavernes.

On sait qu'au niveau de la granulation tuberculeuse, tandis que les vaisseaux capillaires du poumon, affectés d'endo-capillarite, s'oblitérent, il se produit, au contraire, une dilatation et une néoformation vasculaire dans le domaine des artères bronchiques. En outre, autour des petites granulations, même des granulations microscopiques, il se fait généralement une congestion pulmonaire plus ou moins intense, se traduisant par une dilatation des vaisseaux capillaires.

Or, on s'en souvient, nous avons noté de la congestion des sommets chez notre malade, surtout marquée à gauche, congestion donnant pendant la vie des signes stéthoscopiques très nets. Il est vrai qu'à ce niveau nous n'avons pu, à l'œil nu, trouver de lésions tuberculeuses. Mais n'est-il pas permis de supposer que les granulations étaient encore trop petites pour être visibles et qu'elles ont pu amener la congestion notée que, il faut bien le dire, on n'a pas l'habitude, en dehors de la tuberculose, de rencontrer ainsi localisée au sommet, et cela surtout chez les enfants.

Donc, si l'on veut admettre qu'il s'agissait pour ces deux sommets de lésions congestives tuberculeuses, au début, on expliquera l'hémorragie de la même façon que celle qui peut se produire chez l'adulte dans le début de toute tuberculose pulmonaire.

Mais il est une autre explication à laquelle on pourrait également se rattacher et que nous voulons aussi discuter en terminant.

On se souvient qu'en pratiquant l'autopsie, nous avons trouvé tous les ganglions bronchiques hypertrophiés, tuberculeux à des degrés divers, et que si nous n'en avons pas noté qui avaient contracté des adhérences avec les organes voisins, tels que les vaisseaux, il y en avait certains accolés assez intimement avec les vaisseaux et les tissus avoisinants. Certes, nous n'avons trouvé aucune lésion, aucune perforation vasculaire ; mais, enfin, on pourra, à juste titre, nous objecter qu'une de ces lésions a bien pu nous passer inaperçue et qu'il est admissible qu'un de ces ganglions ait pu éroder, ulcérer un vaisseau et donner ainsi lieu à l'hémorrhagie foudroyante.

Le fait peut être discuté, puisqu'il existe dans la science des cas analogues. Cependant nous croyons que l'on ne peut expliquer ainsi les hémoptysies de notre malade. Quand un ganglion bronchique se développe, se caséifie au point d'arriver à former une caverne se vidant dans les bronches ou dans un vaisseau, bronches et vaisseaux usés, ulcérés par un processus inflammatoire préalable, il n'y a, en général, qu'une seule hémorrhagie, énorme, considérable, foudroyante, et l'on ne voit pas comme chez notre enfant quatre hémorrhagies successives et assez espacées. En outre, pour qu'un ganglion arrive à produire de tels désordres, il faut longtemps, et alors il prend des proportions telles que, dans ces conditions, la cause anatomique passe difficilement inaperçue à une autopsie aussi minutieuse que l'a été la nôtre.

Nous croyons donc plutôt, sans être, toutefois, absolument affirmatif, que c'est au processus congestif des sommets, vraisemblablement tuberculeux, qu'il faut rattacher l'hémoptysie de notre enfant. Un vaisseau relativement petit a pu s'ouvrir, et si la mort est survenue c'est que le malade a eu plusieurs hémorrhagies, abondantes chacune, qui, par leur répétition, l'ont absolument saigné à blanc. Nous n'avons pas trouvé le vaisseau ouvert, c'est vrai ; mais cela n'a rien de surprenant, quand on voit, dans les observations publiées avant nous, les auteurs ne pas découvrir le vaisseau coupable alors qu'ils trouvaient un foyer d'apoplexie pulmonaire très net, une caverne, etc... où les recherches étaient bien plus faciles par leur localisation.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie de Médecine.** — M. LANDOUZY préconise l'intervention chirurgicale hâtive comme traitement du cancer de l'estomac.

— MM. RECLUS et TILLAUX continuent la discussion sur le traitement de l'appendicite.

**Société de Biologie.** — MM. CHARRIN et LEVADITI : La portion supérieure de l'intestin contient une quantité d'eau beaucoup plus considérable que la portion inférieure.

**Société d'Or**  
amputations du c  
conception, prédi  
constituer des ca

— La discussion  
jours — M. Qué  
devraient s'attac  
d'appendicite

**SOCIÉTÉ CENTRALE I**

841

Présidence de M.

### Emphysema sous-enté

**M. Raviart**

larynx d'un tube  
professeur COMBE

« Un jeune hon  
» lose pulmonair  
» tuberculeuses d  
» complète fait son  
» Quelques jours  
» le malade asph  
» la nuque même l  
» qu'à la suite d  
» une vive doule  
» dans les heures  
» ment l'emphysè  
» l'air dans le tiss

» M. COMBEMALE  
» tuberculeuse av  
» avec réserves su  
» caverne pulmo  
» qui aurait produ  
» Deux jours aj  
» il ne reste bient  
» la région hyoidi  
» Le malade m  
» des poumons co  
» tuberculeuses,  
» aucune d'elles r  
» lulaire. Au cou  
» ayant érodé la n  
» mais dans la ré  
» collection puru  
» avait complèter  
» laire environna  
» de la chondrite  
» sant voir la n



des lésions de  
siégeant à la  
formé par les  
ur ce point,  
s'est déchirée  
»

observer la  
l'auscultation

onstituée, et  
ue, lorsqu'on

e laryngée a  
lisant pas aux  
st une lésion  
bage, soit la  
ation est très

d'un homme  
cancer de la  
intéressant ;  
nte un lobe  
de l'urèthre,  
s n'admettent  
tissu prosta-  
èce, au con-  
rofondément  
athologique a  
constaté dans  
ans le lobe  
ithélioma.

diagnostic de  
dix cas, j'ai  
otôme que je  
les porteurs  
un moment  
q des dix cas  
typiques. Le  
fit plusieurs  
ait enrayer. Il  
troubles du  
ne permit de  
state, auquel  
de présentait  
ou et dans la  
s terminales  
dont je vous

» présente la prostate aujourd'hui, présentait des  
» symptômes douloureux dans le nerf crural, occa-  
» sionnés probablement par la compression des filets  
» nerveux.

» Mais jusqu'à ce jour la thérapeutique chirur-  
» gicale ne peut soulager ces malades et on en est  
» réduit à laisser évoluer librement le cancer. »

**Deux cas de hernie inguinale de la vessie.**

**M. Lambret** résume d'abord deux observations  
de hernie inguinale de la vessie découvertes au cours  
d'opérations pour cure radicale de hernies. Dans les  
deux cas la vessie a été blessée par un coup de ciseau,  
puis suturée ; la guérison a été rapide et complète.

A ce propos, **M. LAMBRET** rappelle qu'il arrive  
encore assez souvent de rencontrer ainsi des hernies  
vésicales, mais que c'est toujours là une découverte  
opératoire, la clinique ne pouvant pas prévoir leur  
existence. On s'explique toutefois assez mal la pré-  
sence de la vessie dans le sac herniaire, car réguliè-  
rement la vessie rentre dans le petit bassin après la  
miction. On comprend mieux que de telles hernies  
puissent se reproduire chez les prostatiques, les  
rétrécis, les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants.  
De plus, souvent une hernie vésicale est consécutive  
à une tumeur se développant dans le petit bassin. Il  
faut dire aussi que toute opération attirant le péritoine  
vers l'anneau inguinal peut servir de cause adjuvante  
et on a incriminé en outre, comme cause détermi-  
nante, un lipôme préhernieux, mais c'est là une  
opinion exagérée.

La pathogénie des cystocèles secondaires est encore  
moins bien connue.

**M. LAMBRET** explique la pathogénie des cystocèles à  
glissements par suite de l'adhérence plus ou moins  
intime du péritoine vésical à la couche musculuse  
de la vessie, car alors s'il se forme une hernie, elle  
pourra fort bien se compliquer de cystocèle. Quant  
aux causes pathologiques amenant des cystocèles  
adhérentes et des cystocèles non adhérentes, elles peu-  
vent être soit vésicales, soit extra-vésicales, en tout  
cas, elles sont peu connues encore.

**M. Wertheimer** demande incidemment si **M.**  
**LAMBRET** est toujours parvenu à séparer facilement le  
péritoine de la vessie sans jamais léser la couche  
musculaire de la vessie.

**M. Lambret** répond que la chose est parfois dif-  
ficile à réaliser, mais qu'on y parvient cependant.

**M. Potel.** — Les hernies de la vessie ne sont pas





# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

### COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale ; Gaudier, professeur agrégé ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvries (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oui, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et INGELRANS.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Maladie de Woillez et tuberculose pulmonaire, par le docteur G. Carrière. — Phlegmon profond sous-pectoral après vaccination, chez une enfant de 8 mois. Pyopneumothorax consécutif, par le docteur Masset. — Sur un cas d'alcoolisme aigu chez un nourrisson, ayant parfaitement simulé une méningite, par le docteur E. Ausset. — Phlébite prodromique d'un rhumatisme articulaire aigu, par les docteurs Combemale et Hérim. — Fracture de l'omoplate, par le docteur Doizy. — Considérations sur les affections couenneuses des voies respiratoires, par le docteur Vanherseeke. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — VARIÉTÉS. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Maladie de Woillez et tuberculose pulmonaire

par le Dr G. Carrière

Agrégé des Facultés de Médecine, Chef de Laboratoire des Cliniques à la Faculté de Lille

Dans mon travail sur la maladie de WOILLEZ (1), couronné en 1897 par l'Académie de Médecine, j'ai étudié les rapports de la maladie que je décrivais avec une tuberculisation pulmonaire ultérieure.

BOURGEOIS (2), dans sa thèse, en avait rapporté des exemples, mais non probants à mon avis.

« Il est certain, disais-je, que nombre de phthisiques ont dans leurs anamnestiques la notion d'une congestion pulmonaire antérieure ; tous, ou presque tous, ont eu une ou plusieurs fluxions de poitrine, sang glacé, etc... »

« Mais quel est le rapport qui relie les deux affections ? S'agit-il d'une tuberculose latente avec manifestation congestive actuelle ? Ou bien la con-

» gestion prépare-t-elle le terrain où pullulera ultérieurement le bacille de Koch ?

« Le problème est difficile à résoudre dans les services hospitaliers, où l'on perd rapidement les malades de vue. Ce que nous pouvons dire c'est que nos malades n'avaient aucun signe de tuberculose, c'est que leurs crachats ne contenaient jamais de bacilles de Koch.

« Nous n'avons revu que deux de nos malades, l'un deux ans après la congestion, l'autre trois ans et demi après : ni l'un, ni l'autre, n'étaient tuberculeux. »

Il ressort donc de tout ceci, qu'en 1897 je pensais alors que la congestion pulmonaire (type WOILLEZ) ne prédisposait point à la tuberculose.

Je dois à la vérité de revenir sur cette assertion qu'un fait nouveau me fait considérer comme fausse.

C'est ce fait nouveau que je désire rapporter ici :

OBSERVATION. — Simon N..., 23 ans, manœuvre, est entré dans le service du P<sup>r</sup> PITRES, à Bordeaux, le 5 décembre 1894. La veille il est tombé de deux mètres de haut et son côté droit a porté sur un bastingage.

Le soir même, six heures après cet accident, N... a éprouvé de violents frissons, un point de côté sous-mammaire droit et a rejeté quelques crachats sanguinolents.

Le 7 décembre, l'état général est sérieusement atteint : T. 40°2, P. 124, R. 44.

Dyspnée marquée ; toux fréquente, sèche et quinteuse. Point de côté intense localisé exactement dans le quatrième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure. Les crachats, visqueux, striés de sang,

(1) CARRIÈRE. — Maladie de WOILLEZ. *Revue de Médecine*, 1898-1899.

(2) BOURGEOIS. — Thèse de Paris, 1872.

ques encapsulés,  
bille de Koch.  
supérieur.  
a de suppléance

ma de suppléance  
use ; il en est de  
la fosse sous-épi-  
, les vibrations  
aux voilé et loin-  
. Bronchophonie  
menté de volume,  
le mamelonnaire.  
rée 40 gr. ; acide  
osphates 2 gr. 10 ;  
it ; épreuve de la  
illaires normaux

0 ; G. B., 20.644.

ation très notable.  
équente ; le point  
Les crachats pré-  
rment les mêmes  
s sont à peu près  
disparu et l'on  
itants disséminés  
onie légère.

: 0<sup>m</sup>11.  
0 ; G. B., 18.480

50 ; urée 35 gr. ;  
r. 50 : phosphate  
néant ; pigments

eu près complète,  
itants disséminés

mbre, treize jours  
cette date tous les  
fonctionnels ont

) ; G. B., 9.927.  
des poumons est

de la maladie, je  
avec la seringue  
té et du souffle.  
in liquide sangui-

par le Gram, ce  
es encapsulés qui

lon, il donne des  
ALAMON-FRANKEL.  
a presque totalité  
mort. L'animal a  
la dyspnée et des  
exie, diarrhée) ;

tout ceci a duré 48 heures, puis tout est rentré dans l'ordre.

Voilà l'observation du malade telle qu'elle a été con-  
signée dans mon mémoire en février 1897.

Il est bien évident qu'il ne s'est agi ici que d'une  
congestion pulmonaire idiopathique (type WOLLER).  
Le début, les symptômes, l'évolution de la maladie,  
tout le prouve ; et il ne me semble pas nécessaire  
d'insister ici sur le diagnostic qui s'impose à la lec-  
ture de l'observation.

Ce qu'il faut surtout bien noter c'est qu'à cette date  
(décembre 1894), notre malade ne présentait aucun  
signe de tuberculose pulmonaire, puisque l'examen  
bacilloscopique resta négatif avant comme après la  
maladie qui l'amena dans notre service. Et du reste,  
comme nous allons le voir, de décembre à juin 1897,  
soit pendant deux ans et demi, ce malade a été très  
bien portant, se livrant aux occupations fatigantes de  
son métier sans en être éprouvé.

A cette époque apparaissent de nouveaux accidents.

#### OBSERVATION (suite) (1).

Le malade qui, jusqu'en juin, avait été très bien  
portant, se sent subitement pris de malaises indéfi-  
nissables. Il est fatigué au moindre effort, maigril,  
perd l'appétit et les forces.

En juillet il commence à tousser.

Vers le 15 il a une hémoptysie de moyenne abon-  
dance. La fièvre s'allume et il entre de nouveau dans  
le service de mon maître le professeur PITRES.

Voici quel était l'état de cet homme au 18 juillet :

L'amaigrissement est des plus appréciables, le faciès  
est celui d'un phthisique éréthique.

La fièvre est vespérale, température 37,8° le matin,  
39,4° le soir. Le pouls est rapide, précipité et dicrote.

Le malade est oppressé, respiration 45.

La toux est fréquente, sèche et quinteuse. L'expecto-  
ration est assez abondante, muco-purulente avec  
quelques filets de sang.

A l'examen du thorax on note ce qui suit :

A gauche rien à signaler, respiration supplémentaire  
à timbre puérile. A droite, dans la fosse sous-clavicu-  
laire S + V — R —

Au-dessous submatité à limite diffuse au niveau de  
laquelle les vibrations vocales sont exagérées et le  
murmure vésiculaire atténué, mêlé de craquements  
secs et humides. A ce niveau l'inspiration est rude.  
l'expiration prolongée et saccadée (rythme de RACI-  
BORWSKI).

En arrière rien à gauche. A droite dans la fosse sus-  
épineuse S + V — R —

Dans la moitié inférieure de la fosse sous-épineuse  
et la base du poumon submatité légère à contours

(1) Cette observation a été recueillie par M. RAINOY, externe du  
service, que je remercie bien vivement.

diffus. A cet endroit les vibrations vocales sont exagérées : l'inspiration brève, rude et soufflante, l'expiration prolongée, saccadée et couverte de craquements humides.

Les autres organes sont sains.

Les crachats renferment de nombreux bacilles de Koch.

En présence de ces symptômes on ne peut guère songer qu'à la tuberculose pulmonaire à la deuxième période. L'examen bacilloscopique des crachats confirme pleinement du reste ce diagnostic.

Notre sujet est donc tuberculeux ; or, sa tuberculose affecte une localisation rare (base du poumon droit), précisément dans la zone frappée, deux ans et demi auparavant, de congestion pulmonaire, type WOILLET.

Cette observation vient donc à l'encontre de ce que je pensais et de ce que j'écrivais en février 1897, puisqu'elle établit d'une manière précise et indubitable le rôle exercé par la congestion pulmonaire de WOILLET sur la localisation du processus tuberculeux.

L'observation est en effet des plus précises jusqu'ici, la localisation tuberculeuse s'est faite non point en son lieu d'élection, le sommet gauche, mais précisément dans la région frappée du poumon congestif.

C'est ce qui me fait penser aujourd'hui que la congestion pulmonaire type WOILLET peut ultérieurement favoriser la localisation du processus tuberculeux.

### **Phlegmon profond sous-pectoral après vaccination, chez une enfant de huit mois. — Pyopneumothorax consécutif.**

par le docteur **Masset**, d'Arras,  
ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille

Le 9 juin de l'an dernier, je suis appelé à donner mes soins à la petite C..., âgée de huit mois, dont les parents habitent Saint-Nicolas-lez-Arras. La mère me dit que son enfant, toujours bien portante jusqu'à là, avait été vaccinée huit jours auparavant par une sage-femme, mais que le vaccin n'avait pas bien pris, qu'il s'était formé simplement de petits boutons rouges qui n'avaient pas suppuré. Depuis trois jours elle a remarqué que sa petite fille gardait son bras gauche, le bras vacciné, immobile et poussait des cris au moindre mouvement imprime au membre pendant la toilette. Depuis la veille l'enfant toussait, a la peau chaude, de la diarrhée, refuse le sein et geint continuellement. Enfin, depuis le matin, des convulsions sont apparues, ce qui a effrayé beaucoup la mère et l'a engagée à me mander.

Aussitôt mon arrivée, je fais déshabiller l'enfant et suis immédiatement frappé par l'aspect anormal que

présente la poitrine. To l'aisselle gauche est soulevée un peu sur le sternum vers le creux axillaire qui recouvre cette tumeur et violacée par places, tandis j'ai la sensation d'un éno l'aisse difficilement déprimée saillie est surtout proéminente sous-claviculaire et envahit La cavité axillaire présente des glandes indurées sur sa paroi n'a pas diffusé jusque-là. Je remarque quelques petits nodules huméraux, qui paraissent aucune rougeur lymphatique voir que la trace des mouvements de respiration est courte, la cage costale se soulève avec difficulté qu'elle est par la percussion de la poitrine, je constate quelque chose miné des deux côtés, mais Il n'y a pas d'adénopathie visible par les moyens divers. On porte l'empreinte d'un état est faible et rapide.

L'ensemble de ces phénomènes et la marche aiguë de la maladie immédiatement à un adénopneumothorax, ayant eu pour complications des plaies vaccinales. Comme fluctuation profonde, je fais des demi-mesures et propose l'opération large et immédiate de la

Après avoir désinfecté la région, je fais le premier débridement au bistouri rouge sans anesthésie, ou quelque chose de terrifiantement à la clavicule et sous le bras de cet os. L'incision met à nu l'aponévrose superficielle qui a perdu sa teinte brillante et verdâtre. Dans un trou je reconnais un orifice, petit ment passage à la sonde dans une cavité située entre les deux muscles pectoraux. ma sonde par dessous ce bec d'une seconde sonde, je fais des coups de bistouri, je dissectionne le grand et petit pectoraux l'inflammation. Aussitôt l'écoulement de pus séreux, mal lié, promène dans la cavité, part aucune dénudation, la clavicule que du côté droit je sens nettement les battements dans l'angle externe de la cage thoracique. Cette exploration, sortent des cellules cellulaires mortifiées ; ainsi

pas de fusée  
ent dite, mais  
squ'au niveau  
pratique une  
un drain en  
de la poche à

lé compressif.  
en le rappro-

on furent très  
sirent plus et,

nent qui était  
de tous les  
camphré. Les  
les lèvres de  
e sphacèle et  
ir, laissant de  
ai alors com-  
ppuration ne  
ai les lavages  
anganate.

élévé momen-  
uivi ma petite  
on. Malgré les  
les jours sous  
ait un aspect  
craindre pour  
aliens au per-  
en continuant  
s parois de la  
de bourgeons  
toujours, en  
blanchâtres,

je perçus un  
ent de l'inté-  
un pneumo-  
partiel, car il  
trices, et d'au-  
gérée. Cepen-  
s-cutané dans  
non plus de  
roi ne présen-  
mentaire. La  
u, ne pouvait  
ivages avaient  
lle ne pouvait  
parties spha-  
je parlais plus  
ne révéla qu'il  
ement du côté  
n effet dans la  
eure de l'hémi-  
avec pertes  
de l'omoplate,  
e de sonorité  
du gargouille-  
as, qui occu-  
e amphorique  
obtenir le bruit

de succussion hippocratique. La présence d'un pyopneumothorax m'apparaissait évidente et s'il ne s'était pas propagé en avant cela tenait sans doute à ce qu'il avait été arrêté par les adhérences qui s'étaient très vraisemblablement produites à ce niveau. Je pratiquai le jour même une ponction exploratrice avec une seringue de PRAVAZ stérilisée et retirai un liquide sero-purulent, sanguinolent. Le poumon ne devait donc pas être bien loin et il devait s'agir d'un épanchement en lame.

Aussi, je ne jugeai pas à propos de faire une ponction évacuatrice ; d'autre part, une pleurotomie exécutée dans les conditions où se trouvait la petite fille me semblait devoir écourter plutôt ses jours. Bien m'en prit, car le lendemain 27, la mort survenait, sans avoir été précédée d'aucun symptôme bruyant et par le fait seul de la résorption purulente et de la cachexie que celle-ci avait entraînée.

Cette observation offre plusieurs particularités qui nous ont paru dignes d'être relevées.

D'abord, au point de vue de l'étiologie, il n'est pas douteux pour nous que la vaccination ait servi de porte d'entrée aux microbes pyogènes. Nous avons exploré en effet les divers départements lymphatiques tributaires des ganglions axillaires, dos, nuque, peau du thorax, membre supérieur, et n'avons pas trouvé la moindre écorchure, la moindre égratignure. Nous n'avons pas constaté, il est vrai, de trainée lymphangitique sur les confins de la région vaccinée, mais la lymphangite n'est pas, on le sait, un intermédiaire obligé entre la légion première et l'adénite qu'elle provoque et les adénites sans lymphangite sont d'observation journalière en clinique.

La virulence de l'agent infectieux paraît avoir été extrême dans ce cas. La marche des accidents a été en effet rapide, presque foudroyante ; d'autre part les microbes ont pu traverser les ganglions de l'aisselle proprement dits sans y laisser à peine la trace de leur passage et aller infecter, sans avoir suscité plus de défense, les ganglions sous-claviculaires et même quelqu'un de ceux qui siègent au dessus de la clavicule.

Il peut sembler étonnant à celui qui n'est pas averti, que l'aisselle puisse rester indemne dans le cas de phlegmon profond sous-pectoral, puisque le tissu cellulaire lâche et lamelleux qui double la face profonde du petit pectoral et de l'aponévrose coraco-claviculaire communique avec celui qui comble le creux axillaire. Mais c'est justement là un des bons caractères des phlegmons profonds sous-pectoraux primitifs (TILLAUX). Il pourrait même servir, ce nous

semble, à les distinguer des adéno-phlegmons développés primitivement dans l'aisselle proprement dite et qui peuvent aussi envahir la paroi antérieure du thorax en formant une énorme collection purulente derrière les muscles pectoraux.

Le phlegmon profond sous-pectoral n'a aucune tendance, dit TILLAUX, à se porter vers la peau, en raison de l'épaisseur des couches qui le recouvrent. Si un traitement énergique n'intervient en temps opportun, le pus peut traverser les espaces intercostaux et se répandre dans la plèvre. Dans notre cas cependant, la sérosité purulente s'était créé un pertuis à travers les muscles et tendait à former ainsi un abcès en bouton de chemise. Cela pourrait s'expliquer, croyons-nous, par la moindre épaisseur des muscles pectoraux chez l'enfant, surtout chez une enfant de huit mois comme le nôtre.

Quant à l'irruption du pus dans la cavité pleurale, elle ne serait pas aussi fréquente (KIRMISSON) que semble le faire entendre TILLAUX. On sait que c'est à un accident de ce genre qu'a été attribuée la mort de J. L. PÉRIE, le fils. D'autres faits analogues ont été publiés (*Grand Traité de chirurgie*, t. VIII); en 1878, encore, un auteur anglais, CATON, rapportait le fait d'une petite fille de huit ans chez laquelle un abcès de l'aisselle se serait ouvert dans le poumon. Mais, quand on examine ces faits, dit KIRMISSON, on voit qu'ils sont loin d'être aussi démonstratifs que le prétendent leurs auteurs. Il arrive en effet que des pleurésies purulentes viennent s'ouvrir sur la paroi antérieure de l'aisselle et puissent en imposer pour des abcès ayant suivi une marche inverse. On sait que des adhérences se formant entre les deux feuillets des séreuses les protègent en général contre l'invasion des abcès situés dans leur voisinage. Toutefois, dit encore KIRMISSON, il est un autre mécanisme par lequel les abcès de l'aisselle peuvent retentir sur la plèvre, c'est la propagation de l'inflammation par la voie lymphatique. L'auteur a vu deux fois se développer une pleurésie par ce mécanisme chez des malades atteints de suppuration axillaire. VELPEAU, RICHET, DELBEAU ont rapporté des faits semblables.

Chez notre petite malade, la pleurésie purulente ne fut certainement pas le premier phénomène morbide; le jour de l'intervention, comme ceux qui suivirent, il n'y avait que de la bronchite et ce n'est que le 26 juin, dix-sept jours après l'ouverture du phlegmon

soi  
sigrei  
naint  
m'pe  
devo  
coicoi  
pe

(

po  
dirme  
calen  
à gsoi  
miau  
favca  
(pei  
cataie  
un

Su

f

J  
parI  
M.qui  
mele  
gri



brature, oscillant aux envi-  
a diarrhée étaient les seuls  
server.

ne changeait. En effet, à cet  
une excitation très vive,  
sans pleurer, il ne pouvait  
était des cris plaintifs d'une  
même temps nous notions  
, ultérieurement, ne fit que  
lèvement rejetée en arrière,  
ener dans la rectitude, tant  
is. Le pouls était irrégulier,  
utre des intermittences. Au  
ieure existait une tumeur  
, animée de battements, et  
constituée par le liquide

éningite s'imposait, malgré  
un âge si peu avancé.

l'enfant venait en toute hâte  
nouvel ennui surgissait. Le  
river annonçant la mort de  
mer sa femme. Je me rendis  
issuader de partir ; rien n'y  
la maison.

tion générale en apprenant  
squ'alors l'avait caché, que  
et s'enivrait tous les soirs.  
spoir, nous disant que les  
nourrisson étaient dus à

s persistèrent. Bien mieux,  
emps le pouls devint encore  
n devint suspirieuse, et la  
affirma avoir observé des  
itives et subites du visage.  
agité, ne dormant presque  
plutôt dans une somnolence  
sommeil réparateur. La  
t toujours très intense. Il  
bres.

s se montrèrent et durèrent  
vrier et celle du 1<sup>er</sup> février.  
eur, au niveau de la fonta-

maintenant je croyais bien  
e chose qu'à une méningite  
e fatale probable.

général semble meilleur,  
is accentuée, la nuit a été

in cette détente, que je ne

croyais qu'apparente ; et cependant il fallut bien me  
rendre à l'évidence. Tous les jours l'amélioration s'accen-  
tua, tous les phénomènes méningés rétrocédèrent les uns  
après les autres et aujourd'hui l'enfant est totalement  
guéri. Je l'ai vu pour la dernière fois mercredi 22 février :  
il a repris bon aspect, commence à prendre du poids, n'a  
plus de diarrhée. Tout symptôme anormal a absolument  
disparu.

Eh bien, je le demande, était-il possible de penser à  
autre chose qu'à une méningite ? Et d'abord nous avions  
en premier ignoré les excès de la nourrice, l'erreur était  
donc des plus faciles. Mais, une fois cette alcoolisme  
connu, que penser de cette exagération de liquide céphalo-  
rachidien ayant produit la tumeur signalée plus haut, de  
cette raideur de la nuque, de ces intermittences du pouls,  
de cette respiration suspirieuse, de ces vomissements ? Le  
tableau de la méningite n'était-il pas au complet ? Certes  
pendant longtemps nous avons éloigné cette idée à cause  
du début des accidents qui semblaient s'être produits  
presque brusquement et à cause de l'âge de l'enfant, inso-  
lite pour une méningite. Mais devant la persistance des  
phénomènes, surtout après le départ de la nourrice coup-  
able, nous avons cru devoir nous arrêter au diagnostic de  
méningite.

L'évolution des faits a montré que nous avons eu tort ;  
car je crois que personne ne discutera l'idée d'un ménin-  
gite guérie ; il serait puéril, à mon sens, d'y insister. On ne  
peut donc expliquer tout ce tableau clinique que par de  
l'intoxication alcoolique aiguë produite chez cet enfant  
par le lait de la nourrice ivrogne.

Le fait nous paraît des plus curieux, car si nous avons  
vu assez souvent de l'excitation cérébrale simple produite  
chez les nourrissons par des femmes alcooliques, nous  
n'avions jamais vu se manifester de véritables accidents  
simulant la méningite à s'y méprendre.

### Phlébite prodromique d'un rhumatisme articulaire aigu

Par MM. les docteurs Combemale et Hérin

La phlébite, complication du rhumatisme articu-  
laire aigu, est une rareté clinique, puisque dans un  
travail récent M. GARNIER (1), après révision de tous  
les cas connus dans la science, en cite 28 seulement.  
Quant à la phlébite, précédant l'apparition d'un rhu-  
matisme articulaire, nous pensons que les observa-  
tions doivent en être moins nombreuses encore ;  
aussi rapportons-nous succinctement le cas suivant,  
que nous avons eu l'occasion d'observer :

(1) GARNIER. — Note sur deux cas de phlébite au cours du rhuma-  
tisme articulaire aigu, *Progrès médical*, 1890, p. 183.

Thérèse Dem..., femme Fr..., âgée de vingt-trois ans, entre le 13 octobre 1897, aux pavillons Olivier ; son médecin ordinaire a diagnostiqué une phlébite.

Fille de poitrinaires ayant fait la fièvre typhoïde à six ans, de constitution délicate, elle porte aux jambes de grosses varices. Guérie d'une métrite avec ulcérations du col survenue un an après son mariage, elle voit ses règles de septembre cesser subitement vingt-quatre heures après leur début et de la douleur apparaître le lendemain dans son mollet et à la cheville droite, au niveau des paquets variqueux qui y abondent. Cette douleur éphémère réapparaît aux approches des règles d'octobre ; le mollet gauche est surtout douloureux, et la malade boite en marchant ; au quatrième jour tout mouvement est impossible ; c'est dans ces conditions qu'elle est transportée aux pavillons Olivier.

La température est de 37°5 ; les deux membres inférieurs sont fortement œdématisés, blancs, douloureux partout, comme s'il s'agissait d'une phlegmatia d'accouchée : on voit des paquets variqueux à la face interne des cuisses, des genoux, des mollets, des malléoles, on en sent dans chaque creux poplité ; et sur le trajet des saphènes internes, ainsi variqueuses au plus haut degré, la douleur, spontanée ou provoquée par l'examen, est fort considérable.

Les membres inférieurs enduits de vaseline sont enveloppés dans un très épais pansement ouaté ; le repos absolu est recommandé et obtenu, un purgatif est donné ; en quarante-huit heures la douleur diminue très notablement.

Le 16 octobre, la face interne de la cuisse droite et le genou étant seuls restés douloureux, une onction à la pommade mercurielle belladonnée est ordonnée, et l'œdème rétrocede vite en même temps que la douleur restante s'efface. Mais le 19 au soir, la malade accuse une douleur intolérable dans le genou gauche : il est augmenté de volume, très chaud, rosé à la face interne, un épanchement manifeste y existe ; l'interne de garde, par une piqûre de morphine, a raison de la douleur. A la visite du lendemain 20 octobre, nous constatons la réalité de cette fluxion articulaire, nous découvrons même que la douleur qui en est la manifestation existe dans les lombes et au niveau de l'épaule droite ; la température axillaire atteint 38° ; les urines de ce jour, pas plus que celles des jours précédents, ne révèlent rien d'anormal ; rares, troubles, fortement acides, de densité 1015, elles sont peu uréiques, 15,4 par litre. La multiplicité des articulations fluxionnées, la fièvre légère, un peu de rougeur de la gorge nous font écarter tout diagnostic de pyohémie et croire fermement à un rhumatisme articulaire aigu au début. Un fort badigeon au salicylate de méthyle, l'enveloppement ouaté hermétique des jointures atteintes constituent le traitement.

Du 21 au 23 octobre successivement l'épaule gauche, le poignet, puis le coude gauche, les doigts de la même main sont pris, augmentant de volume, immobilisés par la douleur ; badigeonnées vigoureusement au salicylate de méthyle, enveloppées de ouate, ces articulations ne restaient pas longtemps douloureuses. Malgré la rapide sédation obtenue, l'usage du salicylate de

méthyle fut continué une semaine à dose massive ; dès le 3 novembre le rhumatisme était certain ; la malade, anémiée et affaiblie, voulut sortir.

L'auscultation méthodique du cœur ne permit de rien percevoir durant tout le traitement. Quant à la phlébite, une fois que l'œdème avait diminué encore et que les varices s'étaient affaissées.

Bien qu'aucun examen bactériologique n'ait été pratiqué, il est incontestable que nous venons de rapporter l'histoire d'un rhumatisme articulaire aigu qui a débuté par une phlébite, la seule chose qui soit discutable est de savoir si ces deux affections sont de même nature, nous pouvons admettre qu'elles sont dues à un même agent infectieux, le microbe de THIROLOIX-ACHALME.

Notre impression clinique nous penche vers cette opinion, mais le manque de faits nous fait défaut pour l'affirmer.

Sans ouvrir une discussion sur la question de savoir si le rhumatisme articulaire aigu peut simuler le rhumatisme chronique, nous pouvons dire que les diagnostics de rhumatisme chronique à poussées aiguës, de pyohémie, de rhumatisme infectieux, de pyohémie général doivent être écartés, de même que la question de mobilité qu'a affectée la malade, ce fait que c'était la première fois que la malade était atteinte de rhumatisme.

L'intérêt de l'observation, en nous semble justifié.

### Fracture de l'omoplate

par le docteur DOIZY, de Flers  
Ancien Elève de l'Ecole du Service de Médecine  
lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

La fracture de l'omoplate est une fracture qui compte tout au plus 1 pour 100 fractures (GURLT: 425 fractures de l'omoplate). C'est donc presque une rareté qu'expliquent fort bien la position de cet os qui le met à l'abri des traumatismes extérieurs.

J'ai eu récemment l'occasion d'examiner une fracture plus nettes chez un homme de 40 ans, partant plus exposé que d'autres cas ses omoplates vulnérées. Ce

soins de sa cuisine, glisse des deux pieds et tombe au niveau de l'omoplate de ces marmites en fonte, nun dans nos campagnes. une fracture complète du e, fracture transversale ers supérieurs et du tiers ineuse. laires (pourtant peu déve- ui prennent leur insertion 'y a pas de déplacement : me manquent pas pour

par la pression directe, par i bras gauche. Elévation du l très difficile. Crépitation pliquée sur l'omoplate, on ments de torsion Toux et Légère inclinaison de la Par contre, pas de défor- Àme quelques jours après. es sont assez nets, plus t être, je suppose, dans la reur de mon blessé rend aisé, en me permettant vrai, l'angle inférieur de m'assurer de sa mobilité

lus simples. Une écharpe bilisant l'angle inférieur e au bout de 28 à 30 jours. grâce à quelques séances is du bras sont presque reprendre ses occupations r'une gêne légère.

#### **affections couenneuses spiratoires**

ike, de Zeggars-Cappel.

observé 178 cas d'affec- is des voies aériennes. ons en est bien connu, t est limitée aux parties 'atoires, le plus fréquem- cas ultimes où la fausse te de moulage intérieur, 'appareil pulmonaire.

Il est à remarquer que les micro organismes trouvés dans les fausses membranes ont été signalés à maintes reprises à l'état non pathogène dans les poussières atmosphériques et aussi dans les voies respiratoires supérieures.

On peut se demander dès lors dans quelles conditions et sous quelles influences se fait l'évolution de ces affections couenneuses.

En examinant la date d'apparition des divers cas — aucune saison n'en étant exempte — l'évolution de la maladie semblerait à première vue indépendante de la température extérieure. En réalité il n'en est rien.

Si l'on étudie de près la température d'imprégnation morbide, on constate qu'elle se fixe entre plus un degré et plus dix degrés centigrades, à la condition indispensable que l'état hygrométrique de l'air soit en même temps très élevé et très voisin de l'unité. Les brouillards froids du mois de novembre donnent une idée assez exacte de l'état atmosphérique le plus favorable à l'évolution. D'autre part, en étudiant attentivement un cas d'été, on ne tarde pas à reconnaître que le sujet atteint a séjourné soit la nuit dans un brouillard, soit artificiellement dans des locaux froids et humides pendant un temps que nous avons trouvé supérieur à une heure.

Dans tous les cas de notre examen nous avons trouvé ces données atmosphériques, mais si les conditions sont nécessaires elles ne sont pas par elles seules suffisantes pour provoquer l'évolution des affections couenneuses des voies respiratoires.

Quand plusieurs cas se sont produits, il est peut-être curieux de rechercher quels sont les sujets atteints. Bien que cette maladie soit de tous les âges, l'enfance présente le plus grand nombre de cas — 126 sujets de notre observation avaient moins de neuf ans. Deux faits spécialement ont frappé notre attention : l'alimentation et l'hérédité des sujets atteints.

Ce qui domine surtout dans l'alimentation des sujets atteints, c'est l'abus des hydrates de carbone : du sucre, des boissons fermentées, en un mot des alcools. Dans les cas graves, à évolution fatale, nous avons toujours trouvé une alimentation tout à fait défectueuse composée presque uniquement de produits sucrés et de boissons fermentées. Chose digne de remarque, ces cas correspondaient presque toujours à des associations microbiennes. L'organisme envahi apparaissait en quelque sorte dépourvu de résistance et nous comparerions volontiers le spectacle qui

s'offrait à nos yeux à une végétation rapide et luxuriante de champignons sur un terreau bien préparé.

Deux des adultes que nous avons vu mourir de ces affections couenneuses étaient des diabétiques. Dans 123 cas où nous avons pu constater directement l'hérédité, nous avons toujours à relater l'abus, par les parents, des boissons fermentées. Dans 45 de ces 123 cas à hérédité constatée, nous avons en outre trouvé, chez les parents, l'alcoolisme se traduisant soit par ses dérivés directs, tels la goutte, le rhumatisme, soit par des collatéraux, tels l'eczéma, la lithiase, la tuberculose, etc.

Si nous nous résumons, nous voyons dans les affections couenneuses des voies respiratoires à micro-organismes variés, l'évolution se faire dans des conditions thermiques et hygrométriques déterminées.

Les individus à hérédité toxique, intoxiqués eux-mêmes par des abus alcooliques (le mot alcool étant pris dans son sens le plus général), en constituent un des terrains d'évolution, le seul de notre observation. En outre, dans les cas les plus graves, nous trouvons parallèlement le terrain antérieurement le plus intoxiqué. Il semble donc que pour des causes diverses, sous des influences données, il se produit par là une simple sélection de l'être humain, et le remède infailible de ces affections paraît devoir rester longtemps encore à l'état d'utopie.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie de Médecine.** — M. BUDIN. Le refroidissement est la cause de la mort de la plupart des enfants débiles.

**Société de Biologie.** — M. CARRIÈRE. La toxine tétanique introduite dans le tube digestif n'immunise pas et ne tue pas les animaux, même à une dose 10.000 fois mortelle.

**Société médicale des Hôpitaux.** — M. GALLIARD a observé un cas d'entorse sacro-iliaque.

**Société de Dermatologie.** — Discussion sur les relations cutanées avec la tuberculose viscérale.

## VARIÉTÉS

### Syndrome du Baptême.

**Définition.** — Le syndrome du baptême est constitué par des symptômes cérébraux absolument caractéristiques : le malade, — en général un médecin, — éprouve une impulsion irrésistible à découvrir une maladie ou une parcelle de maladie, et se hâte de la baptiser de son propre nom.

**Étiologie.** — Les causes de cette affection sont peu nombreuses, mais très actives. En premier lieu, on doit mentionner le désir immodéré que ressent le sujet de répandre sa renommée dans le monde scientifique. Lorsque le syndrome du baptême se manifeste dans toute son intensité, il est fort rare que la cause prédominante ne soit pas une boulimie pour les métaux monnayés. Il est évident qu'un individu, se croyant atteint de la maladie de SPITZBUBE, ne saura mieux faire, pour obtenir sa guérison, que de s'adresser à SPITZBUBE en personne ; — ce dont SPITZBUBE sera très flatté, et surtout s'empressera de récolter les bénéfices.

**Diagnostic.** — Le diagnostic différentiel a une importance capitale. Nous devons nous garder de déclarer atteint de ce syndrome tous ceux qui ont inventé un instrument, auquel le corps médical a imposé à juste titre leur nom ; il nous est fort agréable, sans remonter jusqu'au frère CÔME, de citer l'aspirateur de POTAIN, le thermocautère de PAQUELIN, l'aiguille de..., mais je ne veux pas faire de personnalités.

Parmi les savants modestes et consciencieux, il faut avant tout citer PASTEUR. S'il découvrit les microbes, s'il créa le terme de « microbe », il ne crut pas utile de leur donner son nom : se défiant même de ses connaissances en grec, il demanda conseil à LITTRÉ, et lui proposa « microbie » et « microbe ». LITTRÉ choisit le second, pour l'euphonie, et n'hésita pas à lui accorder son parrainage philologique.

J'admets jusqu'à un certain point que les microbes, — en tant qu'êtres animés, — veuillent porter le nom de leur père. Et, quoique le coli, le streptocoque, le pyocyanique, etc., tiennent honnêtement leur place dans notre littérature, je ne blâme pas les bacilles qui se parent du nom d'EBERTH ou NICOLAÏER. Cependant je les engage à se modérer, à ne pas abuser des titres de noblesse : ils sont trop ! et s'ils continuent, nous nous y perdrons.

Je n'admets pas non plus qu'on puisse déclarer atteint de syndrome du baptême, celui qui décrit et dénomme une maladie à laquelle ses successeurs veulent attacher son nom. D'ailleurs, malgré un labeur assidu, on ne peut pas créer une maladie par jour, et le nombre de ces baptêmes sera toujours minime, si l'on se restreint aux entités morbides. Pourtant le goitre exophtalmique ne s'est pas borné à son nom de « goitre » ; il s'est affublé de celui de BASEDOW, puis y a ajouté celui de GRAVES, — ce qui complique la question de paternité et « aggrave » son cas. Connaissant cette propension du goitre à collectionner les noms propres, je n'ai pas été trop surpris en apprenant que l'exothyropexie devrait en toute justice être baptisée « opération de GANGOLPHE-JABOULAY-PONCET ».

Un excellent confrère, fort estimé par ceux qu'il honore de son amitié, a décrit et baptisé le « vertige paralysant ». Il fit ainsi preuve d'esprit clinique ; et si certains, — bien intentionnés, — ont tenté de convertir le vertige paralysant en maladie de GERLIER, l'auteur n'en est pas responsable.

En revanche, j'ai fait récemment la connaissance du bacille de l'ozène, qu'un micrographe a déniché et décoré du nom de LOEWENBERG, sans d'ailleurs indiquer le microbicide qui le tue. Au lieu de LOEWENBERG, j'aurais accepté NASENBERG, comme plus caractéristique. Mais le besoin de ce microbe odorant ne

x qui l'abritent  
le titre que ce  
n dixième de μ

ome du baptême  
om à une décou-  
robe, opération).  
e continue à se  
in de nous aura  
sera la Tour de  
est donc sévère ;  
s contagieux, et

our la première  
« poliomyélite ».  
névrite, polycli-  
bras vers mon  
ne,... ou plutôt  
eux blancs ; —  
lite blanche ou  
e plus en plus  
rdes de termes  
echnique.

firont pour des-

ue prémédité, a  
l'antipyrine ? A  
ort activement,  
er que lui seul  
mains il acqué-  
ir ! — En tous  
ut, savait pres-  
'en est fallu de  
e se vît imposer

inique, le pro-  
que j'ai été le  
, vous parvien-  
cho-pneumonie  
faciliter la des-  
gne un nom qui  
ur : « Le signe  
sieurs, je dirai

t ces naïfs qui  
de fourchette,  
hibitionniste !  
modestie et de

es noms exoti-  
à la tête d'un  
imperturbable  
ag, d'OLIVIER,  
ls le stupéfient  
e WEBER, de  
adies de CHER-

CHREWSKI, de BARLOW, de STOKES-ADAM et de ROUGNON-HEBER-  
DEN. Car ils espèrent voir un jour leur nom s'ajouter à la liste,  
en vertu de l'axiome pharmaceutique : « passe-moi la cass... »

Au sujet de la syphilis, un fait singulier est à signaler : le  
plus enragé de ces dénominateurs se refuse à associer son nom  
à celui de cette affection. En une étincelante chronique, DIDAY  
s'est efforcé de démontrer que JOB était syphilitique ; mais  
le terme « maladie de JOB » n'a pas prévalu.

Lors de la fameuse explosion de la syphilis, au XV<sup>e</sup> siècle,  
les peuples se sont empressés de donner à cette épidémie  
nouvelle le nom de leurs voisins, — mal espagnol, mal fran-  
çais, mal de Naples. On voulut même, d'après certains auteurs,  
lui attribuer le Nouveau-Monde comme lieu d'origine, et bap-  
tiser la syphilis du nom de mal américain. Mais AMÉRIC VESPUCE  
protesta : « Si vous voulez absolument, dit-il, donner mon nom  
à quelque chose que je n'aie pas découvert, donnez-le aux  
Indes occidentales ». — Et c'est ainsi que l'Amérique a été  
dénommée par un malade atteint de syndrome de baptême.

*Traitement.* — Sous l'influence de cette abondance de voca-  
bles indigestes, notre langue médicale s'est altérée : comme  
me le disait un de nos plus spirituels confrères, elle est  
devenue pâteuse, saburrale, et seule la méthode évacuante  
sera curative. Chacun de nous doit donc expulser de son voca-  
bulaire ces termes parasites, et n'user que de la dénomination  
exacte, rationnelle.

Mais c'est surtout à vous que je m'adresse, à vous qui  
nourrissez les feuilles hebdomadaires de vos abstraites élucu-  
brations ; à vous qui, du haut d'un siège universitaire, répandez  
les flots de votre éloquence sur des têtes cosmopolites ; à vous,  
pasteurs de microbes et régulateurs de neurones, spéculateurs  
des cols aristocratiques et endoscopistes qui sondez les cœurs  
et les reins, à vous tous je demande pitié : pitié pour les élèves  
qui ne comprennent pas toujours ; pitié pour les praticiens  
qui, ne pouvant retourner à l'école, réclament une science  
limpide et simple ; pitié pour les malades qui demandent des  
traitements actifs et non des néologismes apocalyptiques.  
Attaquez-vous aux maladies nouvelles, imposez-leur une éti-  
quette euphonique et mnémotechnique ; poursuivez de même  
les syndromes et remettez-les à leur place de symptômes ;  
quant aux signes, qui depuis quelques années infestent nos  
journaux, n'hésitez pas à les traquer, à les anéantir, — quoique  
dans notre pays cette chasse soit interdite.

Et si ma dissertation vous a agacés sans vous convaincre,  
forceps éminents ou bistouris illustres, mes confrères, soyez  
indulgents pour un rasoir grincheux qui tente de trancher  
dans le vif.

(Rev. méd. de la Suisse rom.)

Dr BLANCHARD.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Sous le titre : « **Projet d'impôt sur la santé publique  
variant de 50 % à 200 % de la valeur du produit imposé** »,  
M. BOULOUMIÉ, maire de Vittel, conseiller général des Vosges,  
adresse à MM. les Sénateurs et Députés, quelques observations  
bien senties relativement à la proposition d'impôt de 0,10 c.  
par bouteille d'eau minérale, émanée de M. VAGHER, député.

« Depuis bientôt trente ans, pour lutter avec succès contre les eaux étrangères, contre les stations allemandes, notamment, d'importants sacrifices ont été faits en France pour améliorer les installations balnéaires, les procédés d'embouteillage, les hôtels, les théâtres, les casinos ; les tarifs de saison et de vente de bouteilles ont été abaissés le plus possible.

« Et aujourd'hui, parallèlement, le projet VACHER nous menace, par la taxe sur les bouteilles vendues, d'élever le prix de vente de nos eaux au point de les mettre en état d'infériorité accablante par rapport aux eaux étrangères et la « cure-taxe » se propose d'ajouter, aux charges que nous sommes déjà obligés de prélever sur les étrangers pour les distraire et leur donner le confort désirable, une aggravation nouvelle, sous la forme et le vocable d'un véritable impôt.

« Donc nouvel impôt écrasant sur les bouteilles vendues ; nouvel impôt odieux et vexatoire sur la personne même du malade : voilà l'avenir riant et plein de promesses que nous réservent, d'une part, les avidités ruineuses d'un socialisme famélique ; de l'autre, les agitations névrosées de quelques réformateurs d'arrondissement.

« Cet impôt de 0,10 c. par bouteille d'eau, ou des taxes analogues, ont déjà été proposés, soit sous la dénomination brutale d'*impôt*, comme le fait aujourd'hui le député socialiste VACHER, soit sous le titre plus insidieux de « timbre de garantie ».

« Ces taxes ont toujours été repoussées par les Chambres, pour trois raisons dominantes, seules dignes de la méditation du législateur :

« 1° La sauvegarde du développement d'une industrie nationale, que la France ne peut détruire de ses mains, en lui créant une situation d'infériorité redoutable, tant sur son propre sol que dans les pays étrangers ;

« 2° L'égalité devant l'impôt, qui s'oppose à ce que, seul, un produit naturel du sol soit frappé d'une lourde taxe, alors que les autres sont indemnes ;

« 3° Enfin, le souci du soulagement des malades, dont il serait barbare de diminuer pour tous, et de supprimer pour beaucoup les ressources thérapeutiques naturelles du sol.

« Il semblait donc que cette question, si souvent discutée, fût définitivement tranchée, lorsque de nouveau elle vient d'être soumise au vote du Parlement, par son infatigable protagoniste, le socialiste VACHER.

« Et puisque l'attaque recommence, il faut bien que recommence aussi la défense. »

Et M. BOULOUMIÉ, avec entrain, démontre que, contrairement aux assertions du député, l'eau minérale n'est pas un *objet de luxe*, que l'appellation de *boisson hygiénique* ne saurait au contraire lui être refusée, d'où logiquement dégrèvement au ion.

ensuite :

« Je ne passe pas de vue cette considération primordiale, la situation dans le monde des Etablissements de la France, à savoir que leur difficile et rare d'autre origine et d'autre garantie que le développement de l'exportation de leurs eaux en bouteille. »

Et pl

« Si  
dont l'  
classes  
bas que  
ne dép  
bien et  
plus gr

Il co

« Ou  
est un  
pauvre  
l'Etat  
portée

La p  
argume  
de trop  
et ne l  
Nord.

NO

Le 8  
trique

Les

1° L  
relativ  
pour la  
fluence  
4° L'  
rapport  
de l'ac

Rap  
HOWA  
RICHE  
PINZA  
PINARI

Les  
du Co  
l'ouve  
duelle  
aux q

En  
pour  
voudr  
Les  
l'Angl  
S'ac  
Sarph

Les  
25 ma

A l'  
blique  
naire  
ront l

—  
ration  
Pastor



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. CONBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

**BARROIS**, prof. de parasitologie.  
**RÉDART**, prof. agr. de physiologie.  
**CALMETTE**, prof., dir. Inst. Pasteur  
**CARLIER**, prof. agr., voies urin.  
**CARRIÈRE**, professeur agrégé.

**CHARNEIL**, prof. clin. dermato-syph.  
**CURTIS**, prof. anat. path. et path. gén.  
**DELEARDE**, professeur agrégé.  
**DUBAR**, prof. clinique chirurgicale.  
**FOLET**, prof. clinique chirurgicale.

**GAUDIER**, prof. agr. laryngologie.  
**KÉRAVAL**, dir. asile d'Armentières  
**DE LAPERSONNE**, prof. clin. ophth.  
**LOOTEN**, médecin des hôpitaux.  
**MANOUVRIEZ**, corr. Acad. médec.

**MOTY**, agr.  
**OUY**, prof.  
**SURMONT**  
Secrétaire  
**POTEL**

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la République.  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes.

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : A propos d'une observation d'appendicite, par le docteur **Masset**. — BULLETIN MÉMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES, Compte-rendu de la séance de la Société centrale de Médecine du Nord : Néphrectomie sous-capsulaire pour ancienne pyonéphrose, par le docteur **Carliser** ; De l'intervention hâtive dans les abcès volumineux du foie, par le docteur **Lambrot** ; Tumeur volumineuse du médiastin, par **M. Davivier**. — NOUVELLES ET INFORMATIONS.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### A propos d'une observation d'appendicite

Contribution à l'étude du traitement et en particulier du diagnostic de cette affection d'avec la salpingite chez la jeune fille.

par le docteur **Masset**, d'Arras, ancien chef de clinique de la Faculté

### OBSERVATION PERSONNELLE

Communiquée à M. le docteur **VERONE** et résumée dans sa thèse : *De la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de Mickulicz*. — Th. Lyon 1898

Appendicite supportée. — Tamponnement pour drainage et cloisonnement. — Péritonite généralisée. — Ablation du Mickulicz au 4<sup>e</sup> jour. — Aggravation immédiate des symptômes. — Mort.

Le 1<sup>er</sup> juin 1898, je fus appelé près d'une jeune fille de 16 ans, M<sup>lle</sup> C., de Saint-Nicolas-lez-Arras. On me dit qu'elle avait été prise, deux jours auparavant, de coliques avec vomissements alimentaires et malaise général. L'entourage crut à une indigestion et s'empressa de donner un purgatif à la malade. Les douleurs abdominales et les vomissements persistant en dépit de l'exonération intestinale, on se décida enfin à me mander.

À la simple vue de la jeune fille et avant d'avoir pris aucun renseignement, mon impression fut qu'il s'agissait d'une tuberculeuse arrivée à la période de consommation, tant elle me parut débilitée. Figure émaciée, membres squelettiques, scapulae alatae, rien

ne manquait à la physionomie du t au dernier degré de son affection.

Cependant on m'affirma que j'avais jamais été plus grasse et que sa malade doute être mise sur le compte du s auquel elle se livrait, portant sur s de chaux une bonne partie de la nourrissant d'une façon insuffisan de plus près, le facies était anxieux avait quelque chose d'abdominal. à l'interrogatoire. La jeune fille ap attention sur son ventre qui était le vives, revenant par accès, sous forr arrachant des cris. À l'inspection, l'a tendu et sensible partout à la pres l'aide d'une palpation douce et t tardai pas à m'apercevoir que la c était plus vive au niveau de la fos qu'en cette région les muscles s défendaient plus qu'en d'autres poi chais le point de **MAC BURNÉY** qui s net. Dès lors, le diagnostic d'appen pas douteux ; néanmoins l'aspect malade me faisait penser malgré tou Si, au niveau de la région cœcal paroi s'opposait à toute exploration de l'abdomen était encore assez so mettre d'éliminer la péritonite tu sentis, en effet, d'induration nulle recherchai le gâteau péritonéal et la La percussion me donna une so égale partout ; peut-être y avait-i résistance aux doigts au niveau de culaire. L'examen de la poitrine ne lésion du côté des poumons et des était intact ; le poulx était assez fail Le thermomètre, resté pendant c l'aisselle, n'accusa aucune élévation. que j'avais de l'existence d'une a deux cas semblables que je venais lement et qui m'avaient rendu m en matière d'intervention, je presc médical habituellement employé t en disant à la famille que si la s



pas améliorée le lendemain, une opération deviendrait nécessaire. Je n'osais pas appliquer quelques sangsues sur le côté droit, j'ordonnai pour toute glace pris à petites gorgées et quelques grammes d'extraît thébalaïque à deux centigrammes toutes les heures. Mais que si les douleurs ne cédaient guère, on eût à appliquer une saignée permanente dans la région du

revis ma malade dans la matinée. Elle ne résistait pas à la réfrigération dès la nuit avait été bonne. La malade de deux fois pour se rendormir en encore quelques petites douleurs qui n'avaient rien de comparables. Il y avait eu un seul accès et qui s'était borné à quelques douleurs. La douleur à la pression était forte, mais le ventre n'avait plus été palisé de la veille et sa tension abdominale était toujours muet. Ce traitement.

e. La malade se croit guérie et n'a plus de coliques, les vomissements ont disparus et la douleur provoquée par le péritoine s'est beaucoup améliorée. Le 28. Malgré cette amélioration pour que la jeune fille garde le je je restreins la dose d'opium et lui donne 1 gr. 50 de benzonaphtol en deux fois dans la journée.

Le malade est encore plus accentué. Elle a encore un peu de résistance au toucher du côté droit. Je fais continuer la dose de thébalaïque et le benzonaphtol et de revenir le surlendemain.

Le 29. La malade passa sans incident, mais dans la nuit la malade fut prise d'un violent accès de fièvre et se livra à de nombreuses convulsions. A la suite de cette prise de douleurs abdominales d'intensité celles primitivement faibles, à peu près insensibles, ne tardèrent pas à apparaître bientôt extrême et on me fit le lundi matin vers 6 heures.

Le 30. Révélée, je fus surpris du contraste. Elle avait paru bien le samedi, autant, semblait mal le lundi. Le faciès était pâle, les yeux étaient fermés, les extrémités étaient froides, la respiration était incomplète, l'ataxie était évidente et je me mis à regretter amèrement d'intervenir dès le début et de ne pas attendre la rémission hélas ! trompeuse. Un changement s'était produit en

entre était fortement tendu sans augmentation de volume. La palpation accusée au niveau du creux épigastrique

et de la fosse iliaque droite. L'hyperesthésie de la paroi était extrême et la patiente ne pouvait supporter le contact d'aucun objet. A la percussion, pratiquée avec beaucoup de douceur, on obtenait maintenant une submatité bien nette dans l'espace qui sépare le pli inguinal droit de la ligne spinoso-ombilicale. Il était clair qu'un abcès s'était formé au voisinage de l'appendice et que cet abcès menaçait, si ce n'était déjà fait, de s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale. En présence de tous ces symptômes une laparotomie s'imposait d'urgence. Ne voulant pas prendre sur moi toute la responsabilité d'une pareille entreprise, je fis appeler mon confrère le docteur BAUDE en consultation. Celui-ci, après examen, jugea comme moi la laparotomie indispensable. Nous décidâmes de pratiquer l'opération le soir même et de nous adjoindre notre confrère le docteur LENOUCQ.

6 juin. *Opération.* — L'opération a lieu à 5 heures. Après avoir endormi la malade et aseptisé rigoureusement la région, je suis pris d'un scrupule et pratique le toucher vaginal, auquel j'avais renoncé à l'état de veille, la jeune fille n'étant pas déflorée. Comme me l'avaient fait penser l'absence de passé génital et de toute gravidité ayant pu entraîner les trompes haut dans l'abdomen, je trouvai l'excavation absolument libre. Le diagnostic de salpingite était donc éliminé. Sur le point d'opérer, je ne jugeai pas à propos de faire le toucher rectal, ce que j'ai regretté après, car peut-être aurais-je pu ouvrir et drainer le péritoine à travers la paroi rectale et donner ainsi plus de chances de salut à ma malade. N'ayant plus d'hésitation sur ce diagnostic, je pratique une incision de dix centimètres environ, parallèlement à l'arcade crurale, parties égales en dedans et en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure dont elle est éloignée de deux centimètres. Je découvre ainsi l'intestin grêle qui ne présente aucune lésion apparente; il n'y a aucune trace de granulations tuberculeuses sur le péritoine pariétal. Avec des compresses bouillies, j'écarte l'intestin grêle et j'isole le cœcum que je reconnais à ses bandes longitudinales et transversales. Je détruis quelques adhérences et tâche d'amener le cœcum au dehors. Je sens alors une petite tuméfaction allongée et indurée qui me donne un instant l'illusion de l'appendice; mais je ne tarde pas à m'apercevoir qu'il s'agit simplement d'un segment intestinal bourré de matières. Cependant, je ne perçois aucune collection qui réponde à la matité constatée avant l'opération. Désespérant de trouver l'abcès en arrière du cœcum, je reporte mes investigations en dedans, après avoir agrandi mon incision, quand mon confrère, le docteur BAUDE, crève, avant de l'avoir sentie, une poche qui déverse une grande quantité de pus. Je protège le mieux possible la grande cavité péritonéale. La poche est située en arrière et en dedans du cœcum, mais on ne rencontre pas trace de l'appendice qui a dû être détruit. Cette poche se prolonge par en bas vers le petit bassin qui renferme lui aussi une certaine quantité de pus crémeux et bien lié comme le premier. En continuant mes recherches je tombe sur une deuxième poche qui paraît être un diverticule de la première et qui s'étend jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Le péritoine est ensuite lavé largement avec de l'eau bouillie à 40° et soigneusement étanché. Le foyer évacué est isolé par deux lanières de gaze stérilisée introduites profondément. l'une en arrière et en dedans du cœcum ; l'autre, plus petite, s'enfonce vers l'excavation pelvienne. J'aurais volontiers fait une contre-ouverture au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire pour assurer un drainage en anse plus complet, mais la malade était tellement bas que je ne jugeai pas humain de prolonger le choc opératoire et me décidai à refermer le ventre par une suture à étages. Je dois ajouter que l'appareil utéro-ovarien avait été reconnu sain au cours de l'opération. Pansement extérieur iodoformé. La patiente est réchauffée et deux piqûres d'éther relèvent bien vite son pouls qui était devenu imperceptible. Le soir de l'opération, vers 9 heures, la malade est assez bien. Il n'y a plus eu de vomissements depuis l'opération ; le calme s'est rétabli ; le pouls est assez bon et la température est de 36°8. Injection de morphine.

Le lendemain matin 7, la malade se plaint toujours de souffrir dans le ventre, qui reste un peu tendu, mais il n'y a pas eu de vomissements pendant la nuit qui a été assez tranquille. Le thermomètre est à 37°4. Le soir la colonne mercurielle s'élève à 38°3, le pouls bat 104.

Croyant à une simple réaction péritonéale, nous ne nous alarmons pas outre mesure.

Le 8 matin. Température 38, comme la veille au soir. Les vomissements ne sont pas reparus. La malade prend comme boisson du lait glacé par petites gorgées et un peu de champagne frappé. Le soir, la malade se plaint beaucoup de son ventre ; elle a été agitée toute la journée, se découvre sans cesse et veut retirer son pansement qui est d'ailleurs en très mauvais état. Nous sommes forcés de le renouveler, et constatons que le ventre n'est pas trop météorisé et que notre Mickulicz fonctionne très bien. Le thermomètre marque 39°. Songeant à une péritonite généralisée post-opératoire, nous pratiquons le même soir une injection de sérum artificiel, bien décidé à réouvrir le ventre le lendemain et cette fois sur la ligne médiane, si la scène n'avait pas changé.

Le jeudi 9, on me dit que la nuit a été assez bonne. Le thermomètre est à 38°. Les douleurs se sont atténuées mais reviennent toujours par intervalles. Je protège la plaie iliaque avec un pansement collodionné et fais appliquer une vessie de glace en permanence au niveau de l'ombilic. Le soir la température est tombée à 37°6. Mais le facies reste toujours anxieux, la soif est vive, la malade parle sans cesse.

Le vendredi 10, la température est normale le matin, l'agitation est toujours la même. Cependant, je crois pouvoir retirer un peu les mèches. Celles-ci se laissent attirer tout d'abord avec assez de difficultés, puis sortent immédiatement d'un seul coup. Je ne pouvais guère les remplacer sans risquer de briser des adhérences et me repentis bien d'y avoir touché.

Le soir du même jour la malade est très agitée. Elle est très loquace, fait le pont, projette ses membres en tous sens et cependant déclare ne pas souffrir. La température reste toujours au voisinage de la normale

mais le pouls est rapide (120). Je fais une injection de morphine et fais continuer la glace, malgré l'absence de douleurs.

Le lendemain 11, je trouve mon opérée dans un état voisin du collapsus. Le facies est franchement péritonéal, l'œil est vitreux, enfoncé sous l'orbite. Il n'y a toujours pas de vomissements, à peine un peu de météorisme ; la malade a eu une garde-robe involontaire la nuit ; les urines sont rares. La septicémie péritonéale est complète, mais on ne peut plus songer à une nouvelle intervention. Nouvelle injection de sérum. La jeune fille meurt dans la soirée, vers 7 heures, ayant conservé son intelligence jusqu'au bout.

Telle est, rapportée *in extenso*, l'observation que nous avons livrée au docteur VERGNE, élève à l'école d'application du Val-de-Grâce, et qu'il a dû forcément écourter dans sa thèse intitulée : *De la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de Mickulicz*, Lyon 1898.

Cette observation nous a paru si instructive à divers points de vue que nous n'hésitons pas à la reprendre pour notre propre compte, tout en laissant dans l'ombre et cela à dessein le point particulier qui fait l'objet de la thèse de notre ami VERGNE. Nous dirons simplement que l'inspirateur de cette thèse, M. le professeur PONCET, recommande de ne pas toucher au Mickulicz avant le dixième ou douzième jour et même alors de se borner à enlever les mèches partiellement. L'ablation précoce peut être en effet la cause d'accidents graves, par une infection jusqu'à conjurée, parfois mortels, ainsi que le docteur VERGNE en rapporte des observations, au nombre desquelles figure la nôtre.

Pour ma part, je dirai simplement ceci : sans doute, il est peu probable que ma malade eût survécu, si je n'avais pas retiré le tamponnement, mais il m'a paru évident que son extraction prématurée et involontairement complète avait précipité le dénouement fatal.

Ceci brièvement exposé, abordons maintenant les divers côtés de notre observation qui nous ont paru dignes d'être étudiés et les conséquences pratiques qui nous paraissent en ressortir.

I. — D'abord on comprendra que lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet amaigri et presque cachectisé comme l'était notre jeune fille, il faille toujours songer à la possibilité d'une manifestation tuberculeuse (tuberculose péritonéale ou simplement cœcale). On y pensera surtout si l'affection évolue sans fièvre, comme c'était ici le cas ; et cela malgré

nales et d'épisodes diarrhéiques, on pas en effet que les tumeurs souvent latentes peuvent évoluer ? Dans la pratique, comme dans la péritonite, la formation d'un premier signal de l'infection peut évoluer sans fièvre à localisation précise de l'appendicite, l'absence d'induration et de corde épiploïque, de ganglions durs et hypertrophiés et des plèvres, bien que les organes aient été trouvés sains, enfin l'absence de signes qui, suivant nous, sont diagnostics vers l'idée d'une appendicite pourra-t-elle empêcher d'admettre l'existence d'une colonisation

et de penser à la salpingite, chez les filles vierges, et tel est l'endroit où la nécessité du toucher vaginal d'autres sans doute, de tumeurs annexielles haut situées ou des salpingites, sans qu'il y ait d'ossification, comme le veut l'âge élevé de la tumeur maligne, malade n'avait encore été constaté avant 16 ans (c'est tard seulement qu'on sait que l'instaurer d'une tumeur ovarienne peut être le signal de la cause de la congestion pelvienne au moment dans toute la cavité péritonéale l'ulnérabilité plus grande de la cavité péritonéale, dit Pozzi, l'irritation utérine provoquant un développement incomplet, l'atrophie du col, sténose de l'orifice et que cette métrite virgine se transforme en une salpingite.

La métrite microbienne, pourrait avoir une part dans l'étiologie de la salpingite virginales. Si l'on a constaté la gonococcie ou la gonorrhée vaginale gonococcique, on a été nettement démontré que le diplocoque 26 fois sur 100 chez la jeune fille plus âgée

le droit de prendre le même microbe autrement que par un contact vénérien, par l'usage commun d'objets de toilette par exemple, ou par la cohabitation dans un même lit avec une mère ou une sœur atteintes de leucorrhée gonococcique ? Chez elle, même, pourquoi le gonocoque ne pourrait-il pas créer une métrite d'emblée et secondairement les lésions des annexes, tout comme chez la jeune femme mariée à un homme atteint de gonorrhée militaire ? C'est là une hypothèse qui n'a rien d'in vraisemblable et qui aurait seulement besoin d'être confirmée par l'examen bactériologique de l'écoulement métritique vaginal. Dans une clinique à l'hôpital des enfants malades (1898), M. MARFAN pense que chez la petite fille les organes génitaux internes et le péritoine pelvien sont plus souvent inoculés qu'on ne croit. Il y a ainsi, dit-il, des métrites, des salpingites par propagation : en faisant la laparotomie, on a quelquefois trouvé les trompes remplies de pus ; le péritoine lui-même est parfois contaminé directement par l'utérus et les trompes et non pas par la voie lymphatique ; l'ovarite est rare.

Cette pénétration péritonéale est quelquefois très grave. M. MARFAN cite trois cas de mort par péritonite gonococcique ; on avait dans un de ces cas diagnostiqué une appendicite ; la laparotomie une fois faite, on trouva l'appendice normal et la trompe droite remplie de pus. Heureusement ces cas de métrite et de métrite-péritonite ne sont pas ordinairement aussi graves, il y en a qui guérissent et il en cite deux cas, l'un qui a nécessité une laparotomie, l'autre concernant une petite fille de dix ans, chez laquelle le traitement médical eut rapidement raison d'accidents péritonéaux simulant à s'y méprendre le tableau de l'appendicite avec péritonite enkystée périappendiculaire. Ce sont là, ajoute-t-il, des faits qui méritent d'être connus, car on doit en tirer la conclusion pratique que quand on se trouve en leur présence, il faut penser à la vulvo-vaginite et la rechercher et ne pas mettre tout sur le compte de l'appendicite.

Nous dirons, nous, que lorsqu'on se trouve, chez une jeune fille encore vierge, en présence d'accidents péritonéaux plus ou moins sérieux, il faudra toujours penser à la possibilité d'une métrite-salpingite gonococcique ou simplement virginale et ne pas avoir en tête que l'idée d'appendicite.

Chez la jeune fille vierge, d'autre part, comme chez la femme qui a eu des rapports, la tuberculisation des annexes est possible. Dans ces cas-là, on admet géné-

ralement qu'une auto-infection ordinaire septique a été d'abord provoquée par une sténose du col et que le bacille introduit dans la circulation par la voie pulmonaire ou digestive a colonisé sur les trompes enflammées, qui sont devenues ainsi un *locus minoris resistentiæ*.

Ajoutons que les malformations et atrophies congénitales des trompes qui peuvent être cause du retard dans l'établissement des menstrues, constitueraient aussi pour ces organes une véritable prédisposition morbide. LAWSON TAIT et FREUND ont mis ce fait hors de doute.

On peut donc, chez la vierge comme chez la femme mariée, se trouver aux prises avec les plus grandes difficultés de diagnostic entre l'appendicite et les affections aiguës des annexes.

Ces difficultés sont encore accrues chez la première par la présence de l'hymen qui peut être un obstacle au toucher vaginal. Cependant, cette membrane est le plus souvent assez dilatable, pour qu'on puisse toucher les vierges, avec précaution bien entendu, sans la déchirer. Mais comme cette manœuvre est assez douloureuse, il sera toujours préférable d'attendre le moment de l'intervention comme nous l'avons fait, pour parfaire son diagnostic et pratiquer le palper bi-manuel sous l'anesthésie, à moins que l'on ne préfère recourir à la cocaïne en badigeonnages, qui ne donne pas chez tous les sujets l'insensibilité désirable. Il est vrai que le toucher rectal peut donner de précieux renseignements, dans certaines formes de salpingo-ovarite, mais s'il ne saurait remplacer complètement le toucher vaginal en cette occurrence, quoi qu'en ait dit TERRILLON, il est par contre d'un utile secours dans toutes les variétés d'appendicite (BOUVERET, PONCET).

Qu'on nous pardonne ce qui, peut-être, sera considéré comme une digression par rapport à notre observation, mais il nous a paru utile de rappeler pourquoi le diagnostic de l'appendicite et de la salpingite était si ardu ; nous essaierons ensuite de montrer la valeur des signes qui ont été donnés comme différentiels de ces deux affections.

On ne saurait trop multiplier les moyens d'exploration, pour éclairer son diagnostic, car bien des raisons existent pour l'égarer et si nos erreurs n'en sont pas pour cela légitimées, on pourrait presque dire qu'elles en sont particulièrement excusées. Ces raisons, nous allons d'abord les résumer en quelques

lignes. Citons, parmi les principales, la fréquence de l'appendicite à forme pelvienne et la possibilité des tumeurs annexielles haut situées, même chez les vierges ; le début insidieux de certaines appendicites ; l'inconstance du gonocoque dans les pyosalpinx nettement blennorrhagiques ; l'origine intestinale de quelques salpingites et la présence du *bactérium coli* dans leur liquide ; le retentissement possible des affections annexielles sur le gros intestin et son appendicite ; la coexistence possible des poussées d'appendicite avec époques menstruelles, tout cela ne nous explique-t-il pas comment on prend si souvent une salpingite pour une appendicite et réciproquement.

« Je crois, dit BUDIN (BUDIN, Soc. d'obstétrique et de gynécologie, 11 mars 1897), que le plus souvent le diagnostic est possible ; l'appendicite siège toujours plus haut et a grande tendance à rester abdominale. La douleur provoquée par la pression siège sur la ligne ilio-pectinée, tandis que, dans le cas de salpingite, c'est surtout par le palper bi-manuel qu'on provoque la douleur. » Cette assertion ne répond nullement à la clinique, dit GUINARD (Traité de chirurgie, LE DENTU et DELBET), et la variété pelvienne des abcès appendiculaires est très fréquente ; de plus, comme il n'est pas rare d'observer une variété abdominale des suppurations annexielles haut situées, on comprend que l'erreur soit souvent commise !

A la même Société d'obstétrique et de gynécologie (avril et octobre 1897), DOLÉRIS a résumé les éléments sur lesquels le diagnostic différentiel repose. Il pense que c'est surtout sur le siège de la douleur et de la tumeur qu'il faudra baser son opinion.

L'appendicite est une affection du flanc, dit-il, tandis que la salpingite est une affection du petit bassin. Les commémoratifs ont également une grande importance, car il est bien rare que les femmes atteintes d'annexite n'aient pas dans leurs antécédents quelques complications du côté de l'appareil génital. Les cas difficiles sont très rares, dit-il encore, et c'est surtout dans les cas de salpingite élevées que les erreurs sont possibles. Mais ceux-ci ne s'observent qu'à la suite d'accouchements ou d'avortements plus ou moins pathologiques ayant forcé les trompes à s'élever en même temps que l'utérus. L'appendicite peut avoir un siège pelvien ; c'est alors une para-appendicite qui envahit secondairement les ligaments larges. Ces cas seraient très rares, d'après M. DOLÉRIS, car l'appendicite est plutôt péritonéale et s'implante vite par ses

donne rarement les  
ite. Les erreurs sont  
lui-même en a cité  
d'une femme chez  
it le diagnostic d'ap-  
ne pas trouver de  
Au toucher, le petit  
qu'un point doulou-  
te d'appendicite fut  
ra que l'appendice  
rière de l'utérus un  
ste hématique gros

réfuter cette idée de  
eure est nécessaire  
certaines tumeurs  
fait remarquer à la  
six cas dans lesquels  
nt difficile, d'autant  
nt vierges, ce qui  
e appendicite. Or la  
issait de salpingites.  
'appendicite à forme  
ue l'écrit GUINARD  
ou en rapporter dix-  
le (Th. Lyon 1897) ;  
euls cas connus avec  
ble pas que jusqu'à  
ient occupé de cette  
, dit encore DORMAY,  
fois confondue avec  
forme pelvienne de  
peu près semblable  
, on le sait, à ce que  
bas et en dedans  
s le petit bassin en  
tum ; ainsi se trouve  
abcès péritonéaux  
re, pouvant englober  
t vider leur contenu  
CHAND a pu même  
de dix centimètres,  
Le diagnostic de ces  
paraît devoir être  
par le palper abdo-  
rs rectal et vaginal.  
s n'est pas toujours  
à la fusion d'abcès  
as.

Quant à la douleur qui éclate brusquement, comme un coup de pistolet, ce n'est pas là un caractère constant de l'appendicite, puisque entre un début insidieux, presque apyrétique et un début bruyant, fébrile et immédiatement très douloureux, on peut observer tous les intermédiaires. Nous reconnaissons toutefois qu'un début à grand fracas est plus fréquent dans l'appendicite que dans la salpingite qui, le plus souvent s'installe sournoisement. Cependant, dans certains cas de tubo-ovarite, les accidents de début peuvent affecter un mode aigu, mais alors ils succèdent à un accouchement ou à un avortement, ou bien la malade est en pleine blennorrhagie. D'autre part ne sait-on pas que des pyosalpinx restés latents jusque-là ont pu provoquer, au moment de leur passage de la forme circonscrite à la forme diffuse (abcès pelvien), une douleur subite, vive, syncopale et accompagnée de phénomènes analogues à ceux de la péritonite. On aurait donc tort, ce nous semble, de considérer cette brutalité du début comme un caractère pathognomonique de l'appendicite.

Pour éviter le plus possible les chances de confusion entre la salpingite et l'appendicite, il ne faudra jamais négliger de pratiquer le toucher vaginal et même le toucher rectal. Si, par le toucher vaginal, on constate que les culs-de-sac sont durs et douloureux, on portera son interrogatoire du côté du passé génital de la femme. Il est bien exceptionnel, sinon impossible, dit encore GUINARD (loc. cit.), qu'une grosse collection suppurée du Douglas, avec fièvre et douleurs, prenne naissance sans que la patiente ait présenté, à un moment donné, quelques symptômes attirant l'attention du côté des organes génitaux. En d'autres termes, nous dirons que l'interrogatoire de la malade peut, selon GUINARD, nous faire porter toujours le diagnostic rétrospectif d'endométrite gonococcique, puerpérale ou mixte. Nous verrons tantôt ce que cette opinion a de fondé.

Si une ponction permettait l'examen bactériologique du pus avant l'ouverture de la collection, le diagnostic différentiel en serait peut-être facilité ; dans l'abcès appendiculaire, on trouverait sans doute le *bactérium coli* et dans le pyosalpinx le gonocoque ou le streptocoque ou même les deux associés. (Infections mixtes de GERHEIM). Mais cet examen n'est pas possible dans la plupart des cas et ses résultats sont loin d'être absolus. On sait en effet que le gonocoque n'a pas été retrouvé dans tous les cas de salpingites nettes-

ment blennorrhagiques et il est aujourd'hui démontré que l'infection annexielle peut avoir une origine intestinale ou tout au moins que la disposition des lymphatiques signalés par CLADO (*Gazette des Hôpitaux*, 6 février 1892) entre l'appendice iléo-cæcal et l'ovaire permet d'admettre cette supposition ; vingt fois sur cent, d'après TESTUT, l'appendice est relié par son méso au bord supérieur du ligament large correspondant et à des communications lymphatiques avec l'ovaire.

On sait que c'est Pozzi qui a le premier signalé l'origine intestinale de quelques salpingites (*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, décembre 1890). Dans trois cas de sa pratique, il a pu rattacher l'infection des annexes à l'existence d'une ancienne lésion de l'intestin (entérite, fièvre typhoïde). La propagation s'était faite soit par les adhérences réunissant les annexes à l'appendice cæcal enflammé, soit par la voie lymphatique. — L'existence d'un type descendant de l'appendice et les rapports lymphatiques que cet organe peut affecter avec l'ovaire, voilà donc deux raisons qui expliquent suffisamment l'origine intestinale de certains pyosalpinx.

Si les trompes peuvent puiser l'élément infectieux dans l'intestin, la réciproque est vraie, et DELAGÈNIÈRE, du Mans, a attiré l'attention au Congrès français de chirurgie (Paris, octobre 1897) sur une appendicite spéciale consécutive aux lésions annexielles. Son opinion est fondée sur l'attitude de cinq malades chez lesquelles il a dû faire, en même temps que l'ablation des annexes, la résection de l'appendice. Ces cinq malades ont parfaitement guéri et leur étude lui a permis de tirer les conclusions suivantes :

1° L'appendicite dont il s'agit est une appendicite folliculaire à marche lente, mais évoluant comme l'appendicite folliculaire classique.

2° Cette appendicite doit être diagnostiquée avant l'opération, afin de recourir à la voie abdominale pour l'intervention ; mais ce diagnostic est souvent malaisé. Néanmoins, les symptômes gastro-intestinaux succédant aux symptômes de salpingites, la présence des crises douloureuses à droite, survenant en dehors des périodes menstruelles et rappelant en petit la crise d'appendicite, le point douloureux classique, etc., constituent pour lui une symptomatologie suffisante pour choisir la voie abdominale.

En effet, il importe absolument d'enlever l'appendice malade en même temps que les annexes, sous

peine de faire une opération échec thérapeutique.

3° Au point de vue de la dicite folliculaires qu'on re que les lésions septiques origine purement intestinale, qui préparent l'appendicite lésions inflammatoires des à à l'intestin par contact, ad d'abcès.

4° Le traitement consiste à ras du cæcum. On reconnaît enlevé aux signes suivants même lamelliformes ; sensati l'extrémité libre ou sur un po de corps étrangers qu'on ne l'intestin ; enfin arborisations sèreuse de l'appendice.

Nous nous demandons po veut voir entre l'annexite et médiaire obligé cõlute ou typh lymphatiques entre l'appè l'ovaire sont connues depuis

Quoi qu'il en soit, qu'elle s l'origine annexielle de certa être prouvée par ces observa

Nous devons ajouter que ' *Orarites*, Paris 1891) avait dé loureux dans la région iliaqi cæcum avec le côlon ascend deux à trois heures après l'adhérence de l'appendice de l'utérus.

Ces rapports de l'appendic ovarien sont encore confir peut avoir la menstruation su appendicites. GUINARD a opè des poussées d'appendicite à truelle. L'appendice enlevé raccourci, comme rentré en examinées au cours de l'opér tout-à-fait normales.

Il n'est pas jusqu'à la gro normale (GUINARD et PEYROT, l coincider avec l'appendicite, car ce serait sortir du cadre l tracé déjà très largement.

Malgré toutes les difficultés

avec les  
t avoir les  
nt essayer  
té donnés  
sur valeur.  
ine, 1898,  
travail du  
diagnostic  
adies des  
ette médi-  
tant nos  
éments de  
yosalpinx  
caractères  
extra-uté-  
abcès des  
pédicule,  
quelques  
n difficile.

faire une  
nt revêtir  
ppendicite  
ulaire de  
cliniques  
icite avec  
in tableau  
yosalpinx  
ppendicite  
s de péri-  
nique des  
ressem-

rodromes  
énital, ce  
la paroi  
ion. Nous  
nter un  
s, surtout  
là que de  
part, dit  
pas abso-  
nent dans  
épigastre.  
daleur est  
niveau ou  
doigt, on  
présumé  
ussitôt la

douleur devient plus vive, exquise, pathognomonique. Les douleurs spontanées s'irradient bien vers l'épigastre, comme le dit DÉAVEN, mais cela peut aussi se voir, bien que moins souvent, dans la salpingite. Dans celle-ci, le siège et les irradiations de la douleur ne sont pas les mêmes. Les malades la localisent plus bas, au-dessus du pli de l'aîne, à l'endroit précis où siègent les annexes. Tandis que dans l'appendicite, il est rare que les malades ne localisent pas leur douleur dans la moitié droite du ventre, dans la salpingite, elle est presque toujours bilatérale, tout en étant généralement prédominante d'un côté, le gauche le plus souvent. Si cette douleur peut être au moment des poussées aiguës de périsalpingite, violente, aiguë, lancinante comme dans l'appendicite, elle s'atténue toujours par le repos, la position couchée, contrairement à la douleur appendiculaire. Enfin la menstruation a sur les douleurs salpingiennes une influence remarquable et c'est le plus souvent durant les deux ou trois premiers jours qui précèdent les règles qu'elle prend un caractère d'acuité extrême. Mais nous avons vu plus haut que les crises d'appendicite pouvaient coïncider avec le molimen cataménial, ce n'est donc pas là un caractère sur lequel il faudrait se fier. Nous avons déjà dit que les irradiations n'étaient pas les mêmes dans la salpingite; elles se font, en effet, vers les cuisses, les lombes ou la région sacrée, notamment au voisinage de la partie supérieure et un peu interne des articulations sacro-iliaques (BOUILLY). Enfin, par la palpation bi-manuelle, pour peu que la pression soit forte, on réveille dans toute la douleur salpingienne, mais surtout dans la portion qui répond à l'ovaire, une douleur spéciale, exquise, disait GALLARD (*Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*).

Les vomissements de l'appendicite, dit DÉAVEN, constituent aussi un excellent signe différentiel. On a relaté cependant dans la salpingite un état nauséux presque continu, parfois des vomissements. D'autre part, si dans l'appendicite et nous parlons de l'appendicite simple qui reste, cliniquement du moins, cantonnée aux parois de l'organe, l'apparition de la douleur est le plus souvent accompagnée de vomissements, ils peuvent pourtant manquer et être remplacés par un simple état nauséux.

Enfin, dit DÉAVEN, la palpation de l'abdomen et le toucher vaginal viennent compléter avantageusement le diagnostic. C'est en effet au palper bimanuel qu'il faut demander la clef du problème dans les cas



difficiles et même on devra y avoir recours dans tous les cas indistinctement. Une lésion des annexes ne pourra guère échapper à une exploration bien conduite suivant les règles de SCHULTZE, durant l'anesthésie. Quand avec la sensation d'un cordon dur et plus ou moins adhérent aux parois du bassin, répondant à la trompe en situation normale ou prolabée dans le DOUGLAS et des antécédents avérés de métrite, on trouvera une douleur fixe au niveau des annexes, s'accompagnant de temps à autre de poussées aiguës de périculpingite, on pourra diagnostiquer avec certitude une salpingite (Pozzi) ; on soupçonnera la purulence si les phénomènes rationnels ont une acuité extrême et si le point de départ est une blennorrhagie récente ou réchauffée par une infection septique post abortum. Dans l'appendicite, à moins qu'il ne s'agisse d'un appendice descendant, le toucher vaginal restera négatif ; il devra céder le pas au toucher rectal.

La différenciation de l'appendicite, nous ajouterons de l'appendicite avec péritonite enkystée, est, dit encore DÉAUVEN, plus difficile avec le pyosalpinx ou un abcès de l'ovaire, du moins si l'on s'en tient à l'observation des symptômes généraux et à la palpation abdominale. — Toutefois la soudaineté des accidents, ajoute-il, parle en faveur d'une appendicite et le toucher vaginal donne, à coup sûr, une indication très importante.

Nous avons déjà dit que si le début brusque était plus fréquent dans l'appendicite, des phénomènes péritonéaux pouvaient aussi éclater brusquement dans un pyosalpinx, torpide jusque-là, quand il y avait issue de pus dans le péritoine pelvien ou simplement inflammation vive périphérique, en un mot au moment de la transformation du pyosalpinx ou de l'abcès de l'ovaire en abcès pelvien. Les symptômes généraux sont alors les mêmes que dans la péritonite enkystée d'origine appendiculaire. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que si le poulx est souvent filiforme dans le cas de pyosalpinx diffusé, il garde presque toujours sa force et sa plénitude dans l'abcès périappendiculaire. Quant à la fièvre, si elle est vive dès le début dans les deux cas, elle affecte de préférence le type rémittent à exaspérations vespérales dans le pyosalpinx. Mais on comprendra que ce sont là des caractères qui n'ont rien d'absolu.

La palpation abdominale isolée, comme le fait entendre DÉAUVEN, ne donne que des renseignements incertains. En effet, dans l'appendicite, comme dans

la salpingite, on peut constater un p. Lorsque dans l'appendicite, la douleur violente pour rendre impossible la palpation celle-ci fait reconnaître, vingt-quatre heures après le début des accidents, la fosse iliaque droite d'une tumeur collée contre la fosse iliaque interne, fonde de la paroi abdominale antérieure, main la sensation d'un plastron induré. Sait-on pas qu'il peut en être de même dans les salpingo-ovarites kystiques, surtout ayant déterminé autour d'eux des collections tinales ou épipliotiques. Dans l'un de ces cas, on peut donc percevoir une indurée, intimement accolée à la paroi, en un mot le plastron abdominal le

Le toucher vaginal, dit DÉAUVEN, est une indication très importante. Non

Dans certains cas de pyosalpinx, déterminé des poussées inflammatoires du péritoine pelvien et le tissu cellulaire palpé bi-manuel fait constater que sa mobilité normale, qu'il est fixé dans une masse qui remplit l'abdomen entier, comme une véritable coulée de pus, devenu ainsi solidaire de la paroi, a dévié en différents sens, suivant qu'il est occupé par cette dernière.

Eh bien, tous ces caractères peuvent se rencontrer dans l'appendicite à forme pelvienne enkystée. LUTAUD a rapporté à ce sujet une observation bien intéressante dans le *Journal de Paris* (18 avril 1897) et que nous allons citer.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, éprouvée depuis quatorze ans plusieurs fois de crises fébriles, dont la première avait débuté par une douleur tellement vive qu'elle dut s'aliter immédiatement. A l'examen, l'utérus enclavé dans une masse douloureuse à l'apparence fluctuante ; la plus grande tumeur était à droite et semblait remonter vers le haut en même temps de la pyurie gonorrhéique un phlegmon péri-utérin douloureux occupant vraisemblablement le li. La fistule qui faisait communiquer la vessie s'étant bouchée et la femme ayant eu une exacerbation de tous les symptômes, il y eut un retour de la fièvre qui



et les annexes  
de LUTAUD et  
considérable  
l'au voisinage  
antécédents,  
ut brusque de  
utérus et des  
de l'abcès lui  
une origine

observations,  
typique pour  
ginal ne peut  
du diagnostic  
ant une endo-  
ur la trace de  
pingites d'ori-  
nt s'installer,  
me utérin.

dirons que  
tempérament  
pagnent par-  
s. Le mal est  
nausées; en  
vient raide et  
En ce cas, les  
it au moment  
e péritonisme  
observer chez

en d'explora-  
l'intérêt du  
il est évident  
à travers la  
se servir de  
donner issue  
d'abcès pro-  
évidemment  
r) puisqu'elle  
omme la lapa-  
resque fatale,  
moins que la  
ement située.  
rectale devra  
vaginal, lors-  
ures, à périnée  
fait ce toucher  
notre malade.

IV. — Dans la forme phlegmoneuse à marche plus ou moins lente et insidieuse, aussi bien que dans la septicémie péritonéale suraiguë, le mieux est de s'abstenir de tout traitement médical et de s'adresser tout de suite au bistouri, car si on peut ne pas avoir à regretter sa temporisation lorsqu'il se forme un abcès ilio-inguinal, il n'en sera plus de même lorsqu'il se formera des abcès profonds comme dans notre cas, poches dont l'ouverture par la voie abdominale exposera presque fatalement à une infection péritonéale post-opératoire, si légère soit-elle.

Toutefois, quand on interviendra pour une raison ou pour une autre après la collection de pus, une contre-ouverture lombaire, dans le cas d'abcès rétro-cœcal donnera toujours plus d'efficacité au drainage.

Dans le cas de collections multiples, l'incision classique ne donne pas assez de jour; peut-être une double incision latérale, à la manière de PEYROT, serait-elle indiquée; en tout cas elle permettrait de faire plus facilement le drainage et les lavages.

S'il se déclare, pour une cause ou pour une autre, une péritonite infectieuse post-opératoire, il ne faudra pas hésiter à pratiquer la réouverture du ventre sur la ligne médiane, comme le veut PONCET, et un large drainage et cela le plus tôt possible. Mais il ne faudra pas vouloir trop bien faire et s'abstenir de toute tentative de lavage et d'éviscération (*Echo de Lyon*, 1898, n° 8). De telles complications opératoires ne peuvent qu'augmenter le collapsus et le rendre rapidement mortel. Une incision du cul-de-sac postérieur du vagin avec drainage permanent viendra compléter la réouverture abdominale dans le cas d'exsudation péritonéale abondante. C'est alors que les injections chaudes, salées, intra-veineuses, sous-cutanées peuvent être utiles.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie des Sciences.** — M. PUSCARIU pense avoir trouvé l'agent pathogène de la rage.

**Société de Chirurgie.** — M. MONOD. La méthode de LORENZ dans le traitement des luxations congénitales de la hanche donne de bons résultats.

**Société de Biologie.** — M. CHARRIN. Le pancréas joue un grand rôle dans la destruction des toxines du tube digestif.

**Société médicale des Hôpitaux.** — M. SEVESTRE. Les spasmes permanents du larynx consécutifs à des tubages prolongés sont dus à des ulcérations de l'espace sous-glottique.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Mars 1899

Présidence de M. le docteur CARLIER, président.

## Néphrectomie sous-capsulaire pour ancienne pyonéphrose

M. Carlier présente un malade de son service chez lequel il a pratiqué une néphrectomie sous-capsulaire par le procédé d'OLLIER.

Ce malade était entré pour la première fois à l'hôpital Saint-Sauveur, en juillet 1896, pour de la dysurie. Il était en effet rétréci, ce qu'expliquaient des blennorrhagies antérieures et un traumatisme de l'urètre survenu six semaines auparavant. Depuis quelques mois, l'état général du malade laissait à désirer; la grande quantité de pus contenue dans les urines, la douleur au niveau du rein gauche, qui était volumineux, permirent de diagnostiquer facilement une volumineuse pyonéphrose.

M. Carlier fit à ce moment une néphrectomie qui donna issue à 500 ou 600 grammes de pus. Les suites opératoires furent normales, mais le malade avait conservé une fistule lombaire presque uniquement purulente.

Une tentative faite en juin 1897 pour guérir la fistule échoua.

Le malade reprit son métier de charretier et conservait néanmoins un excellent état général, lorsqu'en décembre 1898 il fut pris de fièvre et de vives douleurs dans le flanc gauche et partie gauche des bourses. Celles-ci devinrent grosses, mais bientôt du pus s'évacua spontanément à ce niveau.

Quelques jours après le malade entra à la Clinique des maladies des voies urinaires, et on constatait un abcès dans la bourse gauche et à la partie inférieure du flanc du même côté. Il paraissait évident que le pus, provenant de la périnéphrite gauche, avait fusé dans la fosse iliaque et de là dans les bourses en passant par le canal inguinal.

Le malade se décida alors à accepter l'ablation du rein gauche, ce à quoi il s'était toujours refusé jusque-là. Cette néphrectomie fut faite le 19 janvier par la voie lombaire. L'incision permit de constater que le rein, toujours fistuleux, était enveloppé d'une coque extrêmement épaisse de tissu lardacé, criant sous le bistouri. Il ne fallait pas son-

ner cette coque entière avec le rein, car elle est toute part, aussi bien au diaphragme qu'à la base. Aussi M. CARLIER eut-il recours au procédé lombaire d'OLLIER. Une fois la capsule propre du rein nue et incisée, le rein se laissa décortiquer facilement. Une pince fut laissée à demeure sur le rein. Les suites opératoires furent simples, urines normales, apyrexie, mais il fallut deux mois pour la cicatrisation complète de la plaie.

Le rein, il était représenté par un moignon gros

comme un œuf, criant sous le bistouri. Les trois cavités pleurales avaient un volume d'une noix.

Actuellement le malade est limpide et renvoie à quatre heures.

M. CARLIER expose la méthode sous-capsulaire, c'était le seul procédé.

M. Moty fait remarquer que quand il est très inquiétude sur l'état du malade.

Si par hasard l'urine n'était pas venue des accidents.

M. Moty en fait un rein kystique.

M. Carlier expose les dangers à des accidents, il résume l'histoire de la suite de la taupie d'anurie. A l'autopsie, dans chaque rein le malade présente la pensée de M. Carlier, près de l'anurie.

Mais ce n'est pas d'hui; on s'était en fait un rein.

## De l'intervention

M. Lambrecht expose à l'hôpital Saint-Sauveur, je vis ce malade, un pouls très faible, froides, de l'hyperthermie, découvre une tumeur. La matité hépatique, au-dessous du foie, loureux, continue d'émettre l'hypertension du service de diagnostic d'hyperthermie, ponction exploratoire. Malgré le malade ne venait. L'abcès du malade meurt. L'autopsie révèle l'abdomen à celui que j'ai vu, que dans ce cas.

az et envahi le  
onite à laquelle

u'il ne sait à quoi  
écoulé depuis le  
u'au moment de  
de chirurgie. La  
ier le diagnostic,  
temps quelques

foie guérissaient  
loin des colonies,  
le cas présent, on  
i, puisqu'il y avait  
Tonkin, mais les  
ineuses. De plus,  
ionné non pas par  
t aseptique, mais  
ar le pus.  
l'après le malade,  
du foie récidivant.  
ent des hépatites  
rapidement sans  
urvenir plus tard  
suite la formation

dit qu'en présence  
être celui que l'on  
chercher à réduire  
icalement en cas  
foie, une fois la  
iagnostic, il faut  
té de l'abcès.

**Revue**

présente, au nom  
interne, une pièce  
s le service de

le présentait des  
le diagnostic en  
gère dyspnée ; à  
droite ; à gauche,  
svrier, le malade  
se au niveau des  
avec le sternum.  
gmentation de la  
droite et tous les  
(inégalité pupil-  
eur vague, etc.).  
de plus en plus  
par succomber,

» après que de l'œdème eût envahi le bras gauche, la face,  
» puis les membres inférieurs.

» A l'autopsie on découvre une tumeur thoracique englo-  
» bant tous les organes du médiastin, comprimant les  
» vaisseaux sanguins, les bronches, les sympathiques, le  
» pneumogastrique, l'œsophage, infiltrant le poumon, pre-  
» nant son point de départ probable sur le manubrium du  
» sternum.

» Un examen microscopique hâtif de la tumeur permet  
» d'affirmer que l'on se trouve en présence d'un sarcome  
» globocellulaire. Dans le rein existaient quelques noyaux  
» secondaires sarcomateux ; sur l'arachnoïde siégeaient  
» également quelques points métastatiques très petits.

**M. Combemale** insiste sur l'évolution rapide de la  
tumeur, qui, en moins de trois mois, a pu envahir le  
médiastin tout entier.

**M. Moty** émet l'idée que peut-être cette tumeur n'est  
qu'une tumeur secondaire, la lésion primitive siégeant  
dans le rein, mais ce n'est là qu'une hypothèse que l'ana-  
lyse microscopique confirmera peut-être.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

#### SOUTENANCES DE THÈSES

**M. L.-J. FAUCHER**, d'Avignon (Vaucluse), a soutenu le  
lundi 26 mars, sa thèse de doctorat (5<sup>me</sup> série), n° 115,  
intitulée : *Étude clinique sur le diagnostic différentiel des*  
*différentes formes de la grippe.*

— **M. P.-J.-B.-C.-J. THULLIEZ**, de Busnes (Pas-de-Calais),  
a soutenu, le lundi 20 mars, sa thèse de doctorat (5<sup>e</sup> série,  
n° 116), intitulée : *Contribution à l'étude des tumeurs*  
*érectiles des paupières.*

— **M. L.-V.-J. THILLIEZ**, d'Hinges (Pas-de-Calais), a  
soutenu, le mercredi 22 mars, sa thèse de doctorat (5<sup>e</sup> série,  
n° 171), intitulée : *Résultats éloignés de la résection*  
*tibio-tarsienne (complète ou incomplète) dans les cas de*  
*tumeur blanche du cou-de-pied chez les enfants.*

— **M. P.-A. CATTART**, de Lille (Nord), a soutenu, le  
samedi 25 mars, sa thèse pour le titre de pharmacien de  
1<sup>re</sup> classe (1<sup>re</sup> série, n° 10), intitulée : *Contribution à l'étude*  
*des ténias triédres.*

### SOCIÉTÉS SAVANTES

*Académie de médecine.* — Ont été élus membres corres-  
pondants nationaux : MM. **AUFFRET** (de Brest) ; **FOREUX**, de  
Montpellier.

### HOPITAUX ET HOSPICES

*Paris.* — Ont été nommés médecins des hôpitaux : MM.  
les docteurs **DUPRÉ**, **AVIRAGNET**, **LAMY**. Nos lecteurs ont  
gardé le souvenir du remarquable article de M. **DUPRÉ**, sur  
la *maladie hémorroïdaire* et féliciteront avec nous l'heu-  
reux élu de ce difficile concours.

**PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — **L'émulsion**  
**Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle  
diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

## COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Delearde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Gaudie, professeur de clinique chirurgicale ; Keraval, directeur de l'Asile d'aliénés ; De Lapersonne, professeur de clinique ; Looten, médecin des hôpitaux ; Maciennas, membre correspondant de l'Académie ; Moty, médecin principal, agrégé du Val d'Auvergne ; Mont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et INGEL.

Rédaction et Administration (décharges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la République.  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 1 franc.

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX. Les folies maniaques, par le docteur P. Keraval. — Note sur une cause d'erreur dans l'analyse des urines albumineuses, par les professeurs E. Deroide et M. Oul. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS : Sterilisation industrielle des eaux potables par l'ozone, par le professeur Calmette. — Traitement des métrites chroniques par les injections de chlorure de zinc, par le docteur Pierre Delbet. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Les folies maniaques

par le docteur P. Keraval, médecin en chef de l'Asile d'Armentières

Après nous être expliqué au sujet de la manie aiguë (1), nous avons à parler des psychopathies dans lesquelles on constate des éléments symptomatiques semblables. Nous avons déjà spécifié que la manie aiguë est un type clinique intermédiaire, quant à la forme et quant à l'évolution, entre l'excitation maniaque et le délire aigu, mais nous avons eu soin de faire ressortir qu'entre ces trois affections il y a une différence radicale tenant, sans nul doute, à une question de nature. C'est ce que va montrer la description suivante : nous allons essayer de mettre en relief les caractères de l'excitation maniaque, du délire aigu, de la manie chronique, de la manie rémittente et de la manie intermittente.

**I. Excitation maniaque.** — Ces deux mots impliquent la définition. Il y a, non plus agitation, comme dans la manie, mais de l'excitation. L'épithète

maniaque signifie que cette excitation est incoercible que l'agitation de la manie.

Mais ce paraît être une maladie traitée à la manie se montre ment chez les héréditaires.

Au point de vue symptomatique que est une sorte d'arlequin multijours composé des mêmes pièces ; bilité mentale, et un état de suba d'ordinaire curables, qui rappe période de l'ivresse.

L'individu, qui en est atteint, se exagéré dans ses manières et dans exalté dans son attitude et ses pas en combinaisons, en élucubra artistiques, littéraires, possibles e sables au moins par leur promo son esprit est plus féconde en ima quoiqu'il ait pu arriver à certain atteints d'excitation maniaque en p trice, que, sous l'influence de cette ex du travail de la pensée, il soit sor quelque conception utile et origina certain qu'il y a loin de ce mod cogitative au déchainement prodigi de la manie aiguë, enfantant les i rapidité qu'elles n'ont plus le temp

La surdité est, dans l'excitati réglée pour qu'elle ait le loisir de phrases, où le jeu des souvenirs tie

(1) *Echo médical du Nord* 1898, n° 33, p. 301, et n° 42, p. 463.

es tirades  
extrême  
— où le  
ustiques,  
ades sont

t mobile,  
de gran-  
a vanité,  
ou pécu-  
spuler à  
x orateur  
mais ces  
es que les  
bitieuses,  
tes, mais

ine demi-  
tissée de  
te politi-

ie affairé,  
du actif,  
ue, bien  
n'est pas  
ns senso-  
la manie  
tiques. Ce  
lériaux à  
mbitieuse  
fréquem-  
érale. Le  
ns le ver-  
vais, des  
échantes,  
ues, hai-  
de dipso-  
cadre de

iquer, de  
viennent  
ire à une  
upérieur,  
stamment  
trahit la  
, simulta-  
ngestion  
des trem

blements, une légère hésitation de la parole, justifiant l'expression de folie congestive et accusant le trouble circulatoire correspondant. En ce cas, on sera en droit de soupçonner un début de paralysie générale dont l'excitation maniaque est, répétons-le, souvent symptomatique.

**EVOLUTION.** — L'excitation maniaque aboutit d'ordinaire à la guérison ; rarement elle passe à l'état chronique ; quelquefois elle est suivie d'un véritable accès de manie pure.

Cette marche indique que le pronostic en est, en général, bénin. Elle guérit, en effet, mais il n'est pas rare qu'elle soit symptomatique : de la folie à double forme, de la manie intermittente, affections qui se prolongent, comme on sait, au même titre que la syphilis, pendant une longue période de la vie, en plusieurs actes ; — de la paralysie générale, auquel cas, à la suite de plusieurs accès d'excitation maniaque, la paralysie générale arrive à s'établir définitivement, avec son cortège de signes physiques ; — de l'hystérie, etc., etc.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.** — L'excitation maniaque tient-elle à des lésions organiques du cerveau qui lui soient propres ? Les rares, très rares, autopsies de malades morts, le plus habituellement, subitement, sans cause, ou pour une cause accidentelle, en état d'excitation maniaque, présentaient de l'hypérémie cérébrale. Celle-ci, pour être plus circonscrite que l'hypérémie cérébrale de la manie aiguë, n'en laisse pas moins subsister les mêmes questions insolubles : en admettant que le microscope ne révèle pas le substratum du début d'une autre affection génératrice du syndrome excitation maniaque, ce qui pourrait bien devenir la règle, grâce au perfectionnement de nos méthodes et de nos instruments, l'hypérémie était-elle la cause ou l'effet de l'excitation constatée pendant la vie ? Nous n'en savons exactement rien.

**DIAGNOSTIC.** — Quoi qu'il en soit du peu que nous avons nettement perçu et que les progrès de la clinique, plus judicieuse, ont fixé *ad valorem*, s'impose, en présence de l'excitation maniaque, au médecin, le devoir d'établir le diagnostic, dont l'importance découle de la description précédente.

La forme de l'excitation lui permet d'éliminer, sinon d'emblée, au moins assez vite, la manie aiguë : l'excité se possède assez pour coordonner mille idées

en une série de textes relativement dissertés, tandis que l'agité maniaque est débordé par l'excès de la cogitation et devient sous peu un désordonné intellectuel et un désordonné moteur. L'excité émet plusieurs sujets de concepts prolixes au lieu d'une série bien assise, qui est l'apanage de l'homme normal ; mais l'agité, lui, ne peut plus émettre que des propositions tronquées par suite de l'excès de rapidité de l'idéation et n'est plus en état de suivre le fil de ses idées par trop pressées.

Chercher dans les éléments de l'excitation ce qui pourrait appartenir au délire ambitieux du paralytique ou de la folie systématisée est affaire de patience. Il faut dépister les signes physiques de la paralysie générale pour résoudre la première question. On doit, en ce qui concerne le second problème, attendre que l'excitation maniaque se soit atténuée, car cette atténuation laisse apparaître le système organisé des assertions du délirant chronique proprement dit. Mais, dans les deux cas, en tout état de cause, le délire ambitieux n'apparaît point d'emblée, primitivement, il est secondaire à d'autres incidents morbides que l'on apprend en faisant l'histoire du malade ou en recherchant les renseignements propres à la reconstituer. Et l'observation patiente de l'évolution tranche, sans peine, la difficulté inhérente au rôle symptomatique ou non de l'excitation maniaque en litige.

Les nuances de chacune des catégories considérées ressortiront des plus nettes à la suite de l'étude précise et détaillée de la paralysie générale, de la folie à double forme, de la folie rémittente ou intermittente, du délire systématisé, des épisodes syndromiques de la dégénérescence mentale, des névroses, avec lesquels l'excitation maniaque affecte des rapports.

**TRAITEMENT.** — Étant donné un excité maniaque, que faire ? Il est à craindre que, s'il demeure en liberté, il ne passe de la parole aux actes et n'essaie de mettre à exécution, ne mette même à exécution l'un des multiples projets qu'il expose d'abondance. Il a perdu tout discernement, et, plus il reste libre de ses actions, plus son activité pathologique, surchauffée du reste par des excès possibles, l'entraîne à des décisions fâcheuses, regrettables. Voyant faux, il peut compromettre sa situation, au point de vue matériel et financier, la situation de sa famille. Il est donc indispensable de le placer dans un asile d'aliénés.

Que l'excitation maniaque soit fonction de la dégénérescence mentale, versant dans un épisode délirant, d'une psychopathie rémittente ou intermittente, d'un délire chronique dissimulé ou inaperçu jusqu'ici, d'une paralysie générale en préparation ou en voie d'achèvement, il convient de le réduire à l'impuissance sociale, il convient de le calmer. Ces deux indications, urgentes, ne peuvent obtenir de sanction que par le placement du malade dans un établissement spécial. Le reste du traitement, à l'asile, se confond avec celui de la manie aiguë.

**II. Délire aigu.** — Affection mystérieuse dans sa nature, dans son essence, elle est, cliniquement, la plus haute expression de la manie. On l'a récemment décorée du nom de confusion mentale aiguë, ou suraiguë (1) ; mais cela n'a pas changé la modalité des desiderata à remplir à son sujet.

La manie suraiguë, la confusion mentale suraiguë (CHASLIN et les auteurs allemands), le délire aigu est, comme on l'a dit, le plus généralement la suite des commotions intérieures produites chez l'homme par de grandes perturbations morales ou physiques, elle est souvent en rapport avec la paralysie générale, et toujours l'expression de profonds désordres organiques. Il ne s'écoule pas d'année, à l'asile d'Armentières, où nous n'assistions au terrifiant spectacle de sa marche rapide et de son dénouement mortel, chez des paralytiques généraux, jusque-là soi-disant indemnes, chez des alcooliques qui, d'après leurs parents, n'auraient jamais commis d'excès ? Dans les services de femmes aliénées, elle procède aussi d'affections puerpérales, également souvent dissimulées. Et c'est bien réellement la confusion intellectuelle qui, avec l'agitation prodigieuse concomitante, domine le tableau morbide.

Voici comment les choses se passent :

Une période, prémonitoire, de tristesse ouvre la scène ; chacun redoute un accès de mélancolie imminent. Il est à remarquer que beaucoup de maladies mentales, bien des épisodes d'affections psychiques, à forme aiguë, commencent par un premier acte de dépression. Cette phase triste dure un temps plus ou moins long. Puis éclate, en quelques jours ou en quelques heures, une agitation d'une violence bien supérieure à celle de la manie aiguë franche. L'agitation s'accompagne de *fièvre*, la langue est sèche, le

(1) Délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de *paranoïa* par KÉRAVAL, *Archives de neurologie*, 1893.

, le thermomètre mar-  
température ; la tête est  
se couvrir d'une sueur  
a patient porte le mas-  
des cris incessants, se  
is un dévergondage ex-  
calculés ; il lance, de  
hats blancs ; incapable  
liments liquides qu'on  
refuse même de boire,  
bouche et de sa langue.  
ce temps, exagérés ;  
des attaques convul-  
le situation peut néan-  
défervescence inopinée  
rétablissement du mal-  
on d'une convalescence

ut aussi inattendue que  
l'évolution brutalement  
le décrire, ne s'effectue  
quatrième au dixième jour  
se maintient à la tem-  
; la langue et les lèvres  
; la respiration devient  
le fétidité très accusée ;  
de force, incomptable ;  
sommeil, le moribond  
isculaires et tendineux,  
partielles. La diarrhée  
; devient imperceptible,  
us profond ; des eschar-  
usent ; une syncope ou  
ent la scène. Ce sont là  
narasme aigu.

résence d'un tel appareil  
à la méningite, à la  
u que l'ataxo-adynergie,  
ût en partie l'œuvre de  
la vie animale, crispés,  
ence d'une espèce de  
ir il n'y a dans l'espèce  
ées. C'est l'impression  
d'un semblable tableau.  
eil à la thèse de BRIAND  
; question de microbes  
étendu des faits soumis,  
ion plus serrée et plus

méthodique, au sens pasteurien, n'a pas confirmé la  
réalité des documents présentés à cette époque. *Jus-  
qu'ici le délire aigu vésanique simple n'a point laissé de  
traces anatomopathologiques spécifiques.* Il importe de  
multiplier dès l'avenir les recherches chimiques et  
microbiologiques pendant la vie et après la mort.

Ce n'est pas à dire qu'on ne trouve pas du tout de  
lésions ; étant donné les substratums les plus fréquents  
du délire aigu, c'est-à-dire la paralysie générale et  
l'alcoolisme, au moins latents, il est tout à fait logique  
qu'on ait enregistré : des stases veineuses, de l'œdème,  
du gonflement, de l'imbibition des circonvolutions du  
cerveau et de l'encéphale ; des traînées blanchâtres  
le long des vaisseaux pie-mériens qui représentent  
l'engouement des lymphatiques, des îlots d'extra-  
vasats sanguins dans le parenchyme du tissu nerveux  
central ; une très forte augmentation du liquide cépha-  
lorachidien ; des congestions viscérales. Mais d'autre  
part ces altérations accompagnent aussi les grosses  
infections, les grandes maladies générales particu-  
lièrement graves, les intoxications rapides ou fou-  
droyantes.

**DIAGNOSTIC.** — Le syndrome ataxo-adynergie appar-  
tenant, sous nos climats, surtout à la fièvre typhoïde,  
à la méningite, à la pneumonie, c'est principalement  
sur ces affections-là que se portent l'attention. La  
symptomatologie et la marche qui viennent d'être  
exposées ne sont point celles de ces maladies. La  
courbe thermique les élimine d'emblée.

**TRAITEMENT.** — Soutenir les forces au moyen des  
toniques et de l'alimentation. Empêcher que l'agité  
ne s'abîme contre les objets ambiants et pour cela, le  
contenir et le calmer. Tels sont les buts à remplir. On  
maintiendra le malade à l'aide du maillot de MAGNAN ;  
on le couchera dans un lit capitonné d'une construc-  
tion et d'une disposition appropriées ; on lui instillera,  
par l'intermédiaire d'une tasse spéciale à bec allongé,  
ou on lui injectera dans l'estomac, par l'intermédiaire  
de la sonde œsophagienne, médicaments toniques et  
hypnotiques, lait et bouillons, en quantités voulues.  
On lui aménagera, autant que possible, un milieu  
sombre, silencieux, mais en même temps bien aéré.  
On lui prodiguera les soins courants, médicaux et  
hygiéniques que réclament tous les marastiques, afin  
de prolonger le délirant au delà du terme de sa mala-  
die.

**III. Manie chronique.** — Cette maladie est, com-

tituée par la persistance indéfinie, mais atténuée, des symptômes de la manie aiguë à laquelle elle succède le plus ordinairement, sinon presque toujours. Mais elle ne doit point être tenue pour le prolongement immuable de la manie aiguë, car la manie aiguë subit alors une transformation dans ses allures, qui suppose l'intervention d'un mécanisme intellectuel assez différent.

La manie chronique, en effet, se compose d'une excitation modérée, entrecoupée, à intervalles variables, par des phases paroxystiques rappelant la manie aiguë, mais accompagnée d'un délire à idées fixes, souvent systématisées. C'est ce délire fixe, souvent systématisé, qui est incompatible avec la manie aiguë à cause de l'entraînement accéléré de l'idéation dans cette dernière maladie.

L'agitation moyenne, continue, de la manie chronique, et la fixité des idées délirantes, relativement coordonnées, principalement en dehors des périodes d'agitations maniaques intervallaires, lui ont fait donner le nom de délire systématisé secondaire par l'école allemande et l'école italienne, de *paranota secundaria*. Le texte du délire est généralement ambitieux. Certains genres de manie chronique pourraient en effet bien être une forme particulière de délire systématisé versant rapidement dans l'excitation et l'affaiblissement intellectuels.

La manie chronique procéderait donc de deux branches nosologiques : celle de la manie aiguë vraie dans laquelle l'élément délirant intellectuel est nul ou à peu près ; celle d'un délire proprement dit avec excitation chronique et affaiblissement psychique imminents.

Quelle que soit la genèse de la manie chronique, elle est incurable et représente un échelon certain de la démence ; c'est pourquoi on l'appelait, il y a quelque quarante ans, démence agitée, et c'est exact pour l'affaiblissement général des facultés, accompagné d'agitation, de plusieurs modes de l'aliénation mentale.

Mais si l'on meurt maniaque chronique, on ne meurt pas, à vrai dire, de la manie chronique ; on peut vivre longtemps en proie à cette affection. Quand on en meurt, on succombe soit à une complication viscérale, soit à une complication cérébrale, du domaine de la pathologie commune.

**IV. Manie rémittente et manie intermittente.** — Les types que nous avons esquissés plus

haut sont, dans l'ordre mental, faciles à résumer.

Un égal mélange de suractivité physique et de suractivité intellectuelle fournit le complexe morbide désigné sous le nom de manie pure, avec état d'humeur plutôt gai. Une dose extraordinaire de suractivité organique, en entraînant un véritable surmenage, une sorte de spasme de tous les éléments de l'énergie humaine jusque dans leurs rouages les plus fins, dans les délicats trabécules des appareils de la vie végétative et de l'arbre vasculaire, semble produire un empoisonnement des parenchymes et des vaisseaux, ou *mutatis mutandis*, qui se traduit par la manie suraiguë, par le délire aigu.

Un certain degré de suridéation, supérieur à la suractivité physique, suridéation dans laquelle il y a conservation relative des chaînons de l'association des idées, engendre l'excitation maniaque caractérisée par la multiplicité des conceptions qui tendent à s'organiser en un délire de satisfaction, et la turbulence. La prolifération perpétuelle de l'idéation, de concert avec l'agitation ou l'excitation, d'un cerveau fatigué, aboutit à la subagitation continue, avec tendance au façonnement de concepts délirants de persécution et de grandeur, et à l'état chronique. C'est la manie chronique.

Dans aucune de ces psychopathies il ne subsiste de coordination systématisée des conceptions délirantes ou un délire organisé, cristallisé, vigoureux.

Voici maintenant des folies maniaques à allures oscillantes. Elles se montrent sous forme d'accès, de crises paroxystiques, séparées par des périodes d'atténuations ou rémissions, ou encore par des périodes de parfaite guérison.

Ce qui en fait le cachet, c'est l'*alternance régulière*, souvent même *périodique*, entre la rémission et l'exacerbation.

Ainsi un accès de manie aiguë éclate, évolue, s'apaise ; tout semble devoir aller bien, quand un nouvel accès aigu apparaît, suivi d'une nouvelle phase d'amélioration. Et ceci se prolonge pendant plusieurs années. Chaque accès n'étant séparé du suivant que par une amélioration, on a pu dire qu'il s'agissait d'une *manie rémittente* ; c'est, en somme, une folie continue avec exacerbations.

Autre exemple : Un accès de manie aiguë se présente et s'épuise ; il y a retour complet à la normale et non plus simple amélioration ; un nouvel accès aigu revient et guérit encore ; on a affaire à une *manie inter-*



t avec l'état  
s ces inter-  
de celles de  
la manie  
cès et les  
régulière et

nte ou dans  
mpose, soit  
d'excitation

lière ; accès  
s débutant  
haque fois  
issions ; —  
ant qu'à la  
lie cyclique  
e s'attache  
énérés.

malaria, on  
mais d'élé-  
'une fièvre,  
ur instituer  
'alternance  
qui réussis-  
.s. Aujour-  
de la fièvre  
de quinine  
ie ; le cycle  
a cause des  
et de com-

ter chaque  
lades de ce  
'ils sentent  
ément s'in-  
strer.

r  
ieuses  
à la Faculté

de l'albu-  
essité que  
te, puisque  
sent sur la  
'un louche.  
à peu près

constant qui se forme au fond des fioles ou des verres où on l'a placée, est souvent assez transparente pour pouvoir être examinée directement au point de vue de l'albumine ; si au contraire, elle est restée trouble (urates, pus), même après un repos de quelques heures, il faut alors la rendre limpide et on y arrive facilement par une ou plusieurs filtrations sur un bon filtre en papier. Il est cependant des cas où la filtration au papier ne suffit pas ; c'est quand l'urine est en voie de fermentation ou qu'elle est envahie par des micro-organismes.

On a alors recours à l'action qu'ont certains corps pulvérulents comme la craie, la magnésie calcinée, lorsqu'on les triture avec une telle urine, de former sur le filtre un feutrage qui retient toutes les matières en suspension dans l'urine et fournit un filtrat absolument limpide. On a aussi conseillé l'addition à l'urine de quelques gouttes d'une solution alcoolique de naphthaline à 5 0.0.

Nous avons eu l'occasion tout récemment d'examiner une urine qui présentait ce phénomène de rester louche après filtration ; comme elle donnait ainsi les réactions assez nettes de l'albumine (par la chaleur et l'acide acétique, l'acide nitrique, le réactif d'Esbach), nous voulûmes nous mettre dans de meilleures conditions et, pour obtenir un liquide tout à fait clair, nous nous servîmes de la magnésie. L'urine ainsi traitée et filtrée ne contenait plus trace d'albumine.

Or, il s'agissait bien d'une urine albumineuse, car outre qu'on aurait pu déjà conclure à la présence de l'albumine par les réactions obtenues avec l'urine simplement filtrée, la même urine avait été plusieurs fois analysée auparavant et elle le fut encore plusieurs fois depuis : la filtration pure et simple fut suffisante dans tous les cas et, toujours, nous constatons les réactions de l'albumine.

Nous avons, d'ailleurs, remarqué que si on n'ajoute qu'une très petite quantité de magnésie, ou quelques gouttes seulement de la solution alcoolique de naphthaline, l'urine filtrée, bien qu'appauvrie en albumine, en contient cependant encore. Il est donc vraisemblable que la magnésie retient une certaine quantité d'albumine, à l'état peut-être d'albuminate de magnésie insoluble. Il y a là, lorsque l'urine examinée est faiblement albumineuse, une cause d'erreur de laquelle il est bon d'être prévenu et que nous avons voulu signaler à l'attention de ceux qui se livrent journellement à ce genre de recherches.

Par conséquent, dans les cas où l'urine ne s'éclaircit pas par filtration sur papier, il faudra avoir recours à la filtration à travers une bougie de Chamberland. On trouve dans le commerce de telles bougies, d'un diamètre plus petit que celles qui sont employées au filtrage de l'eau, et qu'on adapte facilement sur un flacon à aspiration relié à une trompe à eau. On obtient de cette façon une urine absolument limpide, dépouillée de tout microorganisme, et qui se prête très bien aux différentes réactions de l'albumine.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie des Sciences.** — M. GAUTIER. L'iode contenu dans l'atmosphère a une origine marine.

**Académie de Médecine.** — M. BAZY. Le rein mobile peut dans certains cas donner lieu à un ensemble symptomatique grave, une véritable cachexie néphropathique.

**Société de Chirurgie.** — M. MONOD croit que si le testicule ne se sphacèle pas dans la ligature des vaisseaux du cordon (dans le traitement de l'hypertrophie prostatique), c'est que l'artère déférentielle reste intacte.

— Pour M. BAZY, la résection du canal déférent reste sans effet sur le développement de la prostate.

**Société de Biologie.** — M. GOUGER a expérimenté l'accoutumance de l'organisme aux poisons urinaires.

## Analyses de Mémoires français et étrangers

**Stérilisation industrielle des eaux potables par l'ozone.** — Du rapport présenté à la Municipalité de Lille au nom de la Commission (docteur STAES-BRAME, adjoint, président; docteur ROUX, de l'Institut; BUISINE, professeur à la Faculté des Sciences; BOURIEZ, expert-chimiste; docteur CALMETTE, rapporteur), chargée par l'Administration municipale d'étudier la stérilisation industrielle des eaux potables par l'ozone au moyen des appareils et procédés de MM. MARMIER et ABRAHAM, nous extrayons les conclusions suivantes, que nous croyons intéresser les lecteurs :

Analyses bactériologiques et chimiques faites, pendant la période qui s'étend du 12 février 1899, nous conduit à

la stérilisation des eaux d'alimentation par l'emploi des appareils ozoneurs et de la méthode de MM. MARMIER et ABRAHAM, incontestable, et cette efficacité est supé-

rieure à celle de tous les procédés connus, susceptibles de donner de grandes quantités d'eau.

2° La disposition robuste, la constance de leur fonctionnement est en droit d'exiger d'eux une grande durée.

3° Tous les microbes rencontrés dans les eaux sont détruits par le peroxyde d'hydrogène. Seuls, quelques-uns résistent.

On compte environ par 15 centimètres cube d'eau une teneur d'ozone égale à une concentration de 9 à 10 milligrammes. *B. subtilis*, revivifiable à moins de : 1 pour 2.

Il importe d'observer que l'ozonisation est tout à fait inoffensive et, d'ailleurs, les géologues, la plupart des moyens de la vapeur sous pression d'exiger sa disparition par la consommation et non la stérilisation obtenue par la trituration de 5 à 6 milligrammes placés MM. MARMIER

4° L'ozonisation de l'eau, élément étranger, fait passer les personnes appelées à en faire usage de la non augmentation à la diminution considérable des maladies, les eaux souillées, moins sujettes aux maladies, beaucoup moins sujettes à la suite, beaucoup moins sujettes à la suite, autre chose qu'un état de l'emploi de ce corps fait passer l'eau, et de la réduction de la consommation, sans augmentation des minéraux utiles.

5° En ce qui concerne la durée, il y a lieu de recommander l'adoption du procédé ainsi que nous en avons vu l'innocuité absolue et la rapidité de l'alimentation l'agglomération.

Nous pensons aussi que le mode d'épuration, la méthode immédiate à augmenter le simple apport d'eaux grossièrement filtrées.

sources, au moyen

Ils seront creusés et actuellement projettent d'affirmer que l'homologue mettra sûrement la surface.

qui alimentent la xemple. La teneur l'eau qui s'y trouve idérables (de 2000 2 à 40 milligr. de typhoïde produit de cette ville.

noyen des galeries, sécurité beaucoup superficielles.

pour éviter la propagation d'alimentation, illusions, être stérilisé dont nous avons et rapport. F. C.

liques par les , par le Dr Pierre étrique, janv. 1899). térines en solution as

er, qui a le grave es atresies du col, de RHEINSTEDTER térine, un tampon à 50 %. Dans ce sans son passage à ment sur la cavité produit, entre les sielle.

lement, avec une . On peut débiter, , dans les cas de parfois avantageux nt que ce taux est du sang et de la

le BRAUN ou celle est de un à deux trite parenchyma aller jusqu'à trois

is'il y a rétrécisse- dans l'antéflexion

congénitale. Après hystérométrie, la canule est poussée jusqu'au fond de l'utérus. On pousse alors l'injection en retirant la seringue de façon que les dernières gouttes soient injectées dans le col. Irrigation large du vagin, à l'eau boriquée ou bouillie; puis, tamponnement lâche à la gaze iodoformée, salolée ou stérilisée.

Il faut compter, en général, pour obtenir un résultat, sur un minimum de trois injections; mais dans la plupart des cas, il faut aller jusqu'à quatre ou cinq. Dans un cas, l'auteur a dû aller jusqu'à dix.

Les intervalles entre les injections ont varié de deux à douze et même quinze jours. Les premières ont été généralement plus rapprochées que les dernières.

De l'ensemble des 275 injections qui ont été faites par lui et par ses élèves, DELBET conclut que cette méthode n'expose pas à des accidents graves (passage du liquide dans le péritoine par les trompes), à condition d'être prudent et de s'entourer de précautions.

Mais si les dangers n'existent pas, il y a un inconvénient réel. Les injections sont douloureuses, parfois, même extrêmement douloureuses. Ces douleurs ont, habituellement, le caractère de coliques comparées par les malades aux douleurs de l'accouchement et qui paraissent dues à une contracture du muscle utérin (?)

L'injection dans l'utérus d'une solution de cocaïne à 5 %, avant et cinq minutes après l'injection de chlorure de zinc, a paru retarder et diminuer ces douleurs, mais sans les supprimer complètement.

Voyons, maintenant, les résultats thérapeutiques :

1° *Métrites hémorragiques sans lésions des annexes.* — 26 malades traitées : 2 non suivies ; 23 guéries (dont deux ayant subi antérieurement le curettage sans succès) ; 1 non guérie (curettée ensuite sans succès, puis hystérectomisée).

2° *Métrites hémorragiques avec lésions des annexes.* — 6 cas : 2 guérisons ; 3 améliorations ; 1 échec.

3° *Métrites glandulaires sans lésions des annexes.* — 15 cas : 8 guérisons ; 5 améliorations ; 2 échecs.

4° *Métrites glandulaires avec lésions des annexes.* — 10 cas : 2 guérisons de la métrite et probablement des salpingites ; 2 guérisons de la métrite (les annexes restant douloureuses) ; 2 améliorations ; 4 échecs complets.

5° *Métrites mixtes sans lésions des annexes.* — 3 cas : 2 guérisons ; 1 amélioration.

6° *Métrites mixtes avec lésions des annexes.* — 2 cas : 2 résultats nuls.

DELBET ajoute que, dans les formes dites métrites parenchymateuses, il a souvent observé une très rapide régression du volume de l'utérus. Les lésions du col ont, aussi, fréquemment rétrogradé et certains cols ont guéri, sur lesquels on aurait été tenté de faire des opérations plastiques.





Par exemple, il nous a été donné plus d'une fois d'entendre certains confrères, à la longue inféodés à la technique de la loge ou de l'office, exposer en ces termes l'observation d'un malade : « Tel jour, il y avait de la fièvre, alors j'ai donné de la quinine. Le lendemain, mon client s'est plaint de battements de cœur, alors j'ai donné de la digitale ; plus tard, j'ai constaté de l'agitation, j'ai dû donner du bromure ; enfin, un point de côté s'étant produit, j'ai appliqué immédiatement un vésicatoire... »

Si telle est notre thérapeutique, ce n'est pas que nous manquions de bon sens, d'instruction, ni d'intelligence, à la sortie de l'école. C'est tout simplement que nous avons peur de nos clients ou de leur concierge et que, de jour en jour, nous prenons l'habitude de leur céder, de leur donner à tout prix satisfaction. C'est une bonté d'âme excessive, une timidité fâcheuse, car le médecin est bon et timide. Il n'y a qu'un malheur, c'est que cette bonté, cette timidité, ce désir de plaire et cette peur de déplaire, finissent par faire dévier la thérapeutique scientifique et par transformer le médecin en un caudataire de la sage-femme, de la concierge, de la blanchisseuse ou du rebouteur.

Pendant que cette timidité nous impose des médications absurdes, elle nous empêche d'employer les remèdes sérieux à dose efficace. De crainte d'empoisonner les gens, nous administrons certaines drogues à des doses que nous envieraient les homéopathes. La quinine, lorsqu'elle est indiquée, est donnée de façon dérisoire, de peur « d'abîmer l'estomac » (*sic*). L'opium et ses alcaloïdes, pourtant si précieux, sont pour ainsi dire mis de côté, de peur qu'ils n'amènent du sommeil ou ne suppriment la douleur. La constipation, source de tant de maux et cause de tant de morts, n'est pas combattue, parce que les purgations « affaiblissent » ou que le « corps s'y habitue ».

Voilà déjà bien des choses regrettables et beaucoup d'idées fâcheuses. Nous employons des moyens dangereux parce qu'ils plaisent au peuple (vomitifs, vésicatoires, etc.) et nous redoutons les remèdes efficaces ou à dose efficace, de crainte de nous compromettre.

Chose étrange ! Funeste erreur, comme on dit à l'Opéra ! Nous croyons avoir trouvé la preuve de la nocivité d'un médicament, quand la présence de ce médicament est reconnue dans les urines par des réactifs chimiques !

A maintes reprises, nous avons entendu cette réflexion : « Tel malade est intoxiqué par telle substance, car on l'a retrouvée dans l'urine ».

Où encore cette recommandation : « Suspendez bien vite votre médication, car on a décelé le médicament dans l'urine ».

Et ce ne sont pas des imbéciles que nous avons entendu tenir ce langage. Ce sont des savants éminents.

Que penser des autres, alors ?

Est-ce que l'élimination par les reins n'est pas, au contraire, notre meilleure garantie contre l'empoisonnement ?

Quant à nous, si, ayant administré l'acide salicylique ou l'acide phénique, par exemple, nous n'en retrouvons pas la réaction dans les urines, c'est alors que nous nous empressons d'en suspendre l'emploi.

Tels ne sont pas les usages. Un thérapeute sera jugé imprudent, si l'urine du malade noircit par le salol ou présente

la violente réaction du salicylate de soude. Il sera absous et félicité s'il a provoqué, avec des vésicatoires, une obscure et mortelle glomérulite.

*Gazette Médicale de Nantes).*

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### Corps de santé militaire.

CONCOURS POUR L'ADMISSION A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE EN 1899.

Un concours s'ouvrira, le 22 juin 1899, pour l'admission à l'Ecole du service de santé militaire établie près la Faculté de médecine de Lyon.

Peuvent y prendre part les étudiants en médecine ayant quatre inscriptions (nouveau régime) valables pour le doctorat et ceux munis de huit inscriptions au moins (ancien régime) valables pour le doctorat et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat. Ils doivent préalablement justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français et qu'ils ont eu, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du concours, moins de vingt-trois ans.

Néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats, qui auront accompli au 1<sup>er</sup> juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de vingt-cinq ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves.

Les élèves entrants font partie, à l'Ecole, sans exception aucune, de la 4<sup>e</sup> division, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions.

Les épreuves écrites auront lieu, les 22 et 23 juin, dans les villes suivantes :

Alger, Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris (le 1<sup>er</sup> août), à Lille (le 7 août), à Nancy (le 11 août), à Lyon (le 16 août), à Montpellier (le 21 août), à Toulouse (le 24 août), à Bordeaux (le 29 août), à Rennes (le 4 septembre).

Le registre d'inscription sera ouvert du 1<sup>er</sup> au 27 mai 1899 dans les préfectures de chaque département. Les demandes de bourses devront y être même période par les parents ou tuteurs.

Le tribunal de Lille vient de condamner à 200 fr. d'amende pour exercice illégal (récidive). A ce prix-là, c'est pour rien.

### ACADÉMIES & SOCIÉTÉ

Académie de médecine. — MM. DUBOIS (de Montpellier) ont été élus nationaux.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté; Bédart, professeur agrégé de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Folet, professeur de clinique chirurgicale; Gaudier, professeur agrégé; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique; Looten, médecin des hôpitaux; Manouvrier (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; Surmont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et INGELRANS.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

## Inauguration du Monument Pasteur et de l'Institut Pasteur

Aujourd'hui 9 avril, sous la présidence de MM. le docteur VIGER et GUILLAIN, ministres de l'agriculture et des colonies, doit avoir lieu l'inauguration du Monument PASTEUR et de l'Institut PASTEUR de notre ville. Le programme en a été arrêté comme il suit par la Municipalité, le Conseil d'administration de l'Institut PASTEUR et le Comité du Monument PASTEUR.

A midi, arrivée des ministres, réception à la Préfecture.

A deux heures, place Philippe-Lebon, inauguration du Monument PASTEUR, remise du Monument à la ville de Lille. M. BAYET, ancien recteur de l'Université de Lille, au nom du Comité du Monument ;



M. DUCLAUX, de l'Institut, au nom de l'Institut PASTEUR de Paris; M. AGACHE, au nom des industriels de la région du Nord; M. DELORY, maire, au nom de la ville; M. VIGIER, puis M. GUILLAIN, prendront la parole. Nous espérons pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs des extraits de ces discours dans le prochain numéro.

A quatre heures, visite et inauguration de l'Institut PASTEUR, boulevard Louis XIV.

A six heures, au Palais Rameau, par M. NOCARD, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, conférence scientifique.

A neuf heures, illuminations de la place Philippe-Lebon et du boulevard Louis XIV.



## LILLE

l provoqué la  
mérite d'être

ue M. PASTEUR,  
lle où tout au  
de chimie et  
ait commencé  
nmortalisé.  
ses pour féli-  
des Sciences,  
nde pour ce  
ens amis et de  
n de la Société

oment n'était  
à coup qu'un  
maitre, celui-  
lle trois mois  
it d'appliquer  
es découvertes  
ondes de notre  
ieuses par le

ur auteur un  
M. BEHRING,  
ommage. Les  
l'autres décou-  
toxine diphté-  
vcc M. YERSIN,  
r M. LOEFFLER,  
RICHET et HÉRI-  
toriennes d'où  
ses à la méde-  
griculture et à

oute la France.  
grandes cités,  
le souvenir du  
t resté vivace,  
pour les ser-  
onde, et enfin  
iphtérie sévis-  
rticulièrement

ussitôt par un

groupe de citoyens philanthropes, à la tête desquels se placèrent MM. GAVELLE, industriel, alors premier adjoint au maire de Lille, les docteurs BARROIS et COMBEMALE, professeurs à la Faculté de médecine, provoqua dans toute la région du Nord un magnifique élan d'enthousiasme et d'admiration. Riches ou pauvres, chacun, sans distinction d'opinions politiques ou religieuses, voulut apporter son offrande, afin qu'on pût fonder dans la ville même où PASTEUR avait puisé ses premières inspirations si fécondes, un institut pour la préparation des sérums thérapeutiques et pour l'étude des maladies qui déciment l'humanité.

Cet Institut, à l'édification duquel presque toutes les villes et les villages des deux départements du Nord et du Pas-de Calais ont tenu à honneur de contribuer, attestera aux générations futures que l'amour du progrès par la science et l'épargne des vies humaines ont été au premier rang de leurs préoccupations.

Avant la pose de la première pierre, qui eut lieu au mois de novembre 1895, la Ville de Lille et le Comité de souscription décidèrent, avec l'assentiment de M. PASTEUR, de donner le nom de l'illustre savant au nouvel Institut.

M. PASTEUR et le docteur E. Roux furent en même temps priés de confier à l'un de leurs élèves la mission d'organiser et de diriger l'établissement. Leur choix s'arrêta sur le docteur CALMETTE, qui avait déjà été chargé, quelques années auparavant, de créer en Indo-Chine un Institut du même genre pour la préparation des vaccins et pour le traitement de la rage.

La souscription publique réunit en quelques mois une somme de 252.000 francs, à laquelle vinrent s'ajouter bientôt d'autres sommes importantes votées par le Conseil municipal de Lille ou attribuées à l'Institut par quelques donateurs. Un terrain de dix mille mètres d'étendue fut concédé par la Ville et les bâtiments qui devaient abriter les laboratoires que nous inaugurons aujourd'hui ne tardèrent pas à s'élever.

Entre temps, les services essentiels que devait comporter le nouvel Institut s'installèrent dans des locaux provisoires abandonnés par l'ancienne Faculté des sciences, et on commença dès le mois de février 1895 à préparer sur place les sérums et les vaccins nécessaires aux divers services hospitaliers et aux médecins de la région.

Entre temps aussi, l'Université de Lille se préoccupait d'utiliser les nouveaux laboratoires, pour l'enseignement de la bactériologie à ses élèves et elle décida bientôt la création d'une chaire de bactériologie et de thérapeutique expérimentale qui devait être rattachée à l'Institut PASTEUR aux conditions adoptées par la chaire de chimie biologique à l'Institut PASTEUR de Paris.

Le nouvel Institut est maintenant terminé. Il aura coûté tout près d'un million, sans compter le prix des 10.000 mètres de terrain offerts par la Ville de Lille. Son entretien est assuré par les subventions qu'il reçoit de la Ville de Lille, des départements du Nord et du Pas-de-Calais et aussi par les subsides que beaucoup de personnes bienfaisantes ne manqueront certainement pas de lui apporter.

Son Directeur s'est efforcé d'utiliser les locaux et les ressources matérielles que la ville de Lille mettait généreusement à sa disposition, de manière à ce que les études relatives aux industries et à l'agriculture, sur le développement desquelles repose tout l'avenir économique de la région du Nord, y puissent trouver une large place.

Il lui semblait nécessaire de créer, dans le centre industriel et agricole si important qu'est la ville de Lille, autre chose qu'un laboratoire pour la préparation des sérums et des vaccins ou pour le diagnostic des maladies infectieuses. Le plan de l'édifice fut donc dressé en vue de l'aménagement de vastes laboratoires d'application des sciences bactériologiques aux études de biologie générale, à l'agriculture et aux industries de fermentation.

Certains de ces laboratoires, aménagés comme de véritables petites usines et pourvus d'un outillage mécanique très complet, devaient permettre d'effectuer toutes sortes d'expériences relatives aux fermentations alcooliques, à la distillerie, à la brasserie, à la sucrerie, à la stérilisation industrielle des eaux, etc...

Ce programme est aujourd'hui pleinement réalisé, et les résultats déjà obtenus pendant la période d'organisation permettent d'espérer beaucoup pour l'avenir.

L'Institut PASTEUR de Lille a été reconnu comme établissement d'utilité publique, par décret présidentiel en date du 1<sup>er</sup> avril 1898. Son administration financière, aux termes des statuts, est autonome. Elle est confiée à son Directeur, assisté d'un conseil d'administration et de perfectionnement. Ce dernier

conseil, présidé de droit compose de onze membres : le Directeur, le Maire de Lille, de sept membres du Nord, d'un membre du Pas-de-Calais permanents, en nombre il

Le personnel des laboratoires, six chefs de laboratoires, un secrétaire chargé de la comptabilité, et quatorze mécaniciens, chauffeurs et

Nous avons publié nos services (1) de l'Institut PASTEUR, nous ne pouvons donc pas.

L'Institut comprend un bâtiment principal et

Le bâtiment principal est

1<sup>er</sup> Sous-sol : Service de chauffage, ateliers de mécanique, usine de distillerie et de laboratoire d'électricité bi-

2<sup>e</sup> Rez-de-chaussée : Services de recherches : Services de culture, avec baies et de four PASTEUR pour le Service de la rage, salle de dissection, Salle des petits animaux, Salle de l'autopsie ; Secrétariat et correspondance ; Laboratoire des sérums de chimie biologique ; Laboratoire de chimie analytique ; Salle des balances ; Bibliothèque ; Appartement du Directeur.

3<sup>e</sup> 1<sup>er</sup> étage (services d'enseignement) : Cours de chimie ; Laboratoire du cours de chimie ; Salle des travaux pratiques ; Salle des manipulations des élèves ; Six laboratoires pour travailleurs ; Atelier de fermentations industrielles ; Laboratoire d'analyse des gaz ; Laboratoire de polarisation et la spectroscopie.

4<sup>e</sup> 2<sup>e</sup> étage : Verrerie, Laboratoire de chimie.

Dépendances : Écurie de chevaux ; Salle chaude pour les singes ; Salle des pins inoculés ; Salle de sa-

(1) *Echo Médical du Nord*, 1898

TABLEAU I

Département du Nord

n . . . . .	1	La Madeleine . . . . .	20
bouts-Cappel . . . . .	2	Lambersart . . . . .	8
entières . . . . .	8	Lambres . . . . .	1
oye . . . . .	1	Leers . . . . .	1
y . . . . .	1	Lille. . . . .	144
eul. . . . .	2	Linselles . . . . .	3
becque . . . . .	1	Lomme . . . . .	1
'in . . . . .	4	Lompret . . . . .	1
c-Seau. . . . .	6	Louvil . . . . .	1
chepe . . . . .	4	Lys-lez-Lannoy . . . . .	1
'ines . . . . .	3	Maing . . . . .	1
lues . . . . .	1	Marcq-en-Barœul . . . . .	3
tre . . . . .	1	Mardyck . . . . .	1
brai . . . . .	4	Marly . . . . .	1
phin-en-Pévèle . . . . .	1	Marquette . . . . .	2
selle . . . . .	1	Mons-en-Barœul . . . . .	4
eleu . . . . .	2	Mons-en Pévèle . . . . .	2
ines . . . . .	2	Mouchin . . . . .	2
lé . . . . .	1	Neuville-en-Ferrain . . . . .	2
hte. . . . .	1	Nieppe . . . . .	3
r . . . . .	3	Nordpeene . . . . .	1
r-Rouge . . . . .	1	Notre-Dame-au-Bois . . . . .	2
ing. . . . .	1	Paillemont. . . . .	1
émont. . . . .	3	Péronne-en-Mélantois . . . . .	1
ii . . . . .	5	Pont-de-Nieppe . . . . .	2
. . . . .	3	Quædypre . . . . .	2
kerque. . . . .	5	Quarouble . . . . .	1
inghem . . . . .	1	Quérenaing . . . . .	2
upont . . . . .	1	Quesnoy-sur-Deûle . . . . .	2
ires. . . . .	2	Rœulx . . . . .	1
ungt . . . . .	1	Romerics . . . . .	1
nont . . . . .	2	Ronchin . . . . .	7
ain. . . . .	1	Roncq . . . . .	4
s . . . . .	2	Roubaix . . . . .	63
'nes. . . . .	2	Rouges Barres. . . . .	1
nes. . . . .	2	Sailly-lez-Lannoy. . . . .	1
sies. . . . .	1	Sailly-s.-la-Lys . . . . .	2
lzin . . . . .	1	Sainghin-en-Mélantois . . . . .	2
uin . . . . .	1	Sa . . . . .	
bourdin . . . . .	7	St . . . . .	
abrouck . . . . .	1	St . . . . .	
emmes. . . . .	1	St . . . . .	
. . . . .	1	St . . . . .	
-Lenglet . . . . .	1	St . . . . .	
gnies . . . . .	6	St . . . . .	
plin. . . . .	1	Sé . . . . .	
plines . . . . .	2	Th . . . . .	
mille . . . . .	1	Th . . . . .	
. . . . .	1	To . . . . .	
assée . . . . .	4	To . . . . .	
apelle-d'Armentières . . . . .	1	Va . . . . .	
orgue . . . . .	2	Va . . . . .	



les plus médiocres: il aurait maigri d'une vingtaine de kilos depuis trois mois. Faciès pâle, joues creuses, radiales athéromateuses. L'intelligence n'est pas amoindrie, mais on s'aperçoit vite que la mémoire est paresseuse, rebelle. Il demeure presque constamment couché, car la marche est difficile.

Le début de ce que nous nommerons sa paraplégie remonte à novembre 1898. Un matin, au lever, il fut pris de crampes dans les cuisses. Le lendemain, ce furent des démangeaisons des plus intenses, « on aurait dit des puces du haut en bas des jambes ». Au bout de quelques jours, la jambe gauche avait sensiblement diminué de volume. Vers le 8 décembre, à la visite, quelqu'un fit la remarque qu'il n'avait plus de mollets; le malade n'y attachait pas d'importance, car il avait maigri de tout le corps. Le 10, il sortit et s'aperçut qu'il avait grand peine à marcher, il levait s'arrêter à chaque pas. Depuis le 16 décembre, cela va de mal en pis.

Il souffre, dans toute l'étendue des membres inférieurs, de douleurs très intenses, qui vont jusqu'à le faire pleurer. Ces douleurs surviennent par crises et très souvent; elles ressemblent à des arrachements, « c'est comme si on lui arrachait la chair des os ». Des démangeaisons arrivent aussi, ainsi que des crampes qui l'obligent à se frictionner longtemps les jambes. Parfois ces crampes se produisent très haut, jusqu'au-dessus de l'aîne.

Ce qui saute aux yeux quand on l'examine, c'est l'amaigrissement considérable des jambes; les cuisses sont encore assez musclées, mais les mollets sont très atteints (circonférence à gauche, 26 centimètres; à droite, 28 centimètres). Il n'y a de déformation d'aucune sorte: le pied est en position normale. Tous les mouvements sont possibles, mais ils se produisent avec peu de force et la plus légère résistance suffit à les empêcher. Cela est particulièrement marqué à gauche, côté où l'affection a débuté. L'allongement du sciaïque est douloureux: signe de Laskow.

Quand le malade descend de son lit, il se met debout avec précaution, comme quelqu'un qui a peur de tomber. Il pose les talons sur le sol, la pointe des pieds demeurant légèrement relevée et il élargit notablement sa base de sustentation en écartant les jambes. Il se met alors en marche avec circonspection, s'accrochant aux objets environnants: à peine peut-il avancer un peu sans se tenir. Il n'existe aucun steppage: bien au contraire, c'est toujours le talon qui touche d'abord le sol. Durant les premiers jours de son séjour à l'hôpital, cet homme ne pouvait nullement marcher. Il s'est produit une amélioration à la suite d'injections sous-cutanées d'un demi-milligramme de strychnine tous les deux jours.

Il a la sensation exacte du plancher sur lequel il marche. Avec les jambes écartées, malaisément les talons raient, il oscille et tomberait non douteux.

Les mouvements des bras se font d'aucune sorte. Lorsqu'il est debout, le pied, sans hésitation, les fait toujours une notion exacte des membres.

Les bras sont amaigris, encore d'assez notable force. La corde du fond du puits, la faiblesse des bras, mais ils fournissent plus l'appui que les mains.

La sensibilité, sous ses formes, se fait au membre inférieur d'abord, sont perçus cony, n'en est pas de même à gau-

thésie assez étendue en divers points, particulièrement à la douleur (pincement). Pas d'anesthésie plantaire.

La pression des masses musculaires et des troncs nerveux est très douloureuse des deux côtés aux membres inférieurs. A la palpation, le triceps sural paraît flasque et atrophié. Les muscles de la région antéro-externe de la jambe sont en meilleur état, atrophiés toutefois, eux aussi, à un certain degré. Ils répondent beaucoup mieux à l'excitation faradique que ceux du mollet, chez lesquels la contraction arrive paresseusement. Aux cuisses, les masses musculaires réagissent bien. Nous n'avons jamais noté nulle part de trémulations fibrillaires; pas de troubles trophiques de la peau, ni des ongles.

Les réflexes rotuliens et plantaires sont évidemment exagérés (1). On n'obtient pas le clonus du pied.

**Appareil digestif :** Actuellement, le malade mange assez bien, mais ce n'est que depuis peu. Quand il buvait de l'alcool, son appétit avait presque entièrement disparu. S'il essayait de prendre, le soir, des aliments solides, il était sûr de les vomir. Pas de pituites matinales. On ne note rien du côté du foie; pas d'ictère, pas d'hypertrophie. Intestin normal.

**Appareil respiratoire :** Tuberculose pulmonaire au début de la deuxième période. Craquements aux deux sommets, toux et expectoration. Il n'y a pas lieu d'insister sur ce point; la phtisie est certaine, sans être avancée.

**Appareil urinaire :** Rien à la vessie; pas de polyurie; traces d'albumine, pas de sucre; pollakiurie surtout nocturne. A aucun moment, il n'y a eu ni rétention, ni incontinence urinaire.

**Organes des sens :** Oûie bonne. La vue paraît normale; le champ visuel n'est pas rétréci. Les réflexes pupillaires sont un peu lents, mais non abolis.

Le système nerveux central et les fonctions psychiques ont été sérieusement touchés par l'intoxication alcoolique.

Cet homme, qui est un bon ouvrier et gagne d'excellentes journées, a des idées de suicide. Un jour, il a été jusqu'à acheter du charbon pour s'asphyxier. Son caractère est devenu hargneux, il le reconnaît. La nuit, il a des cauchemars répétés: il tombe du haut des toits, ou bien ce sont des rêves se rapportant à sa profession. Tout cela lui donne un sommeil agité et un réveil pénible: au saut du lit, il est pris de vertiges, tout tourne autour de lui.

Tous ces phénomènes généraux d'intoxication se sont amendés depuis un mois qu'il est à la Charité. La strychnine n'a pas été pour rien dans cette amélioration; en ce qui concerne la marche, si au début il restait constamment couché, à présent il fait quelques mètres en s'accrochant ça et là, il descend l'escalier en glissant sur la rampe et remonte avec l'aide d'un voisin.

I. — Cette observation peut se résumer comme il suit: parésie atrophique des jambes chez un sujet profondément alcoolisé et, en outre, tuberculeux pulmonaire. Prédominance de l'atrophie sur le triceps sural; exagération des réflexes rotuliens; intégrité des sphincters; pas d'incoordination motrice, troubles objectifs et subjectifs de la sensibilité; amnésie.

Quel diagnostic poser vis-à-vis de cet ensemble de symptômes? Nous croyons qu'on doit se rattacher à celui de névrite périphérique par intoxication éthylique chronique. Quand cette manière de voir sera justifiée, nous insisterons sur deux particularités cliniques qui font l'intérêt du cas.

(1) Ceci a été observé avant toute administration de strychnine.

A quoi peut-on penser en effet? A une affection de la moelle épinière, des muscles ou des nerfs, à l'hystérie ensuite. Passons en revue les principales maladies qui ont plus ou moins de ressemblance avec le fait qui nous occupe.

La myélite aiguë centrale et la myélite transverse dorso-lombaire entraînent une paraplégie flasque ou spasmodique. Chez notre malade, point de caractère spasmodique, à l'exception de l'exagération des réflexes (mais on verra ce qu'il en faut penser). Une paraplégie flasque d'origine médullaire aurait eu un début plus rapide, sinon brusque; la paralysie et l'anesthésie atteindraient une intensité et une étendue autrement grandes. Mais l'intégrité des réservoirs suffit à elle seule pour éliminer cette hypothèse: ce n'est point une myélite transverse.

On chercherait d'ailleurs en vain son étiologie; ni l'alcool, ni le plomb ne sont coutumiers d'amener pareilles lésions. Quant à la syphilis, elle paraît faire ici absolument défaut.

On peut éliminer d'emblée la sclérose en plaques. Antoine D... n'a ni tremblement, ni nystagmus, ni troubles de la parole; d'autre part, il offre des altérations de la sensibilité subjective et objective et de l'atrophie musculaire, ce qui est de la plus grande rareté dans la sclérose en plaques disséminées. Il est vrai que PIRRES en a décrit une forme à début paraplégique (1), mais ses observations n'ont rien de commun avec celle-ci.

En faveur du tabes, nous trouvons des douleurs vives, le signe de ROMBERG, des réflexes pupillaires paresseux, des troubles de la marche, etc. Mais à aucun degré, le malade n'est incoordonné, le phénomène du genou est exagéré chez lui, sa vessie fonctionne bien; douleurs, impotence et amyotrophie sont nées et ont grandi de pair; la vision est normale, le signe d'ARGYLL-ROBERTSON n'existe pas, toutes raisons majeures d'écarter l'ataxie locomotrice.

La sclérose latérale amyotrophique tire ses principaux traits de la coïncidence d'une paralysie spasmodique et d'une amyotrophie. Le fait seul qu'elle respecte la sensibilité dispense de s'en préoccuper, car notre malade est en proie à de pénibles douleurs. Faut-il ajouter que ses membres supérieurs sont indemnes et qu'on ne note aucun des symptômes bulbaires si habituels dans la maladie de CHARCOT?

En ce qui concerne l'hypothèse d'une poliomyélite antérieure, disons seulement que les troubles sensitifs ne font, pour ainsi dire, jamais partie de sa séméiologie, au moins d'une façon notable. Même raison d'écarter les dystrophies musculaires progressives ou myopathies primitives.

Il est tout-à-fait superflu de faire un diagnostic différentiel d'avec l'hystérie. D'abord, le malade n'a aucun stigmate de cette névrose; ensuite, il souffre beaucoup « et, dit BABINSKI, les douleurs de la polynévrite ont un caractère de sincérité que n'ont pas celles de l'hystérie. »

(1) *Semaine Médicale*, 1894, p. 453.

6° Des troubles intellectuels : affaiblissement de l'intelligence et amnésie.

A l'exception des troubles oculaires, le malade dont nous parlons présente tous ces signes ou peu s'en faut. Nous nous garderons de les reprendre un à un ; l'observation les met assez en lumière. Deux d'entre eux cependant doivent attirer l'attention, car ils diffèrent sensiblement de ce qu'on observe généralement dans la polynévrite alcoolique et créent ici une modalité un peu spéciale. Il s'agit de la prédominance de la paralysie sur les extenseurs du pied (1) et de l'exagération des réflexes patellaires.

Toutes les descriptions générales de la paralysie alcoolique se résument dans la suivante (BABINSKI. *Traité de médecine* CHARCOT-BOUCHARD-BRISSAUD, tome VI, page 762) : Elle atteint ordinairement en premier lieu l'extenseur propre du gros orteil, puis l'extenseur commun et les péroniers, et aussi les muscles du pied. Le pied est en extension, il forme avec la jambe un angle obtus. La marche présente un aspect tout-à-fait particulier ; le malade, incapable de fléchir le pied, est obligé, pour ne point heurter la pointe contre le sol, d'exécuter, à chaque pas, un mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin bien plus ample que de coutume (steppage).

Rapprochons ces signes de ce qu'on trouve dans notre cas. Ce n'est pas du tout cela, c'est même précisément le contraire, et cela se comprend d'ailleurs, car la paralysie a frappé surtout et particulièrement les extenseurs du pied, les muscles du mollet. Dans ces conditions, le pied est en flexion, il forme avec la jambe un angle aigu. Cet angle aigu n'existe pas, ne se montre pas quand le malade est au lit, car les fléchisseurs, eux-mêmes atrophiés à un certain degré, n'entraînent pas le pied de leur côté avec une force suffisante. Mais que le malade vienne à se lever, alors il emploie tous ses efforts à se tenir de la manière la plus convenable ; le jambier antérieur et les extenseurs des orteils entrent en jeu autant qu'ils peuvent ; le triceps sural ne contrebalance pas leur action, les talons touchent à terre les premiers, tandis que la pointe du pied reste relevée et distante du sol. Le malade marche en talonnant, non pas tout-à-fait comme un ataxique, car il manque le désordre des mouvements et la projection brusque du talon, mais il marche bien sur les talons et c'est le seul mode de progression qui lui soit pos

(1) Les muscles extenseurs du pied sont dorsale de la face antérieure de la jambe : tr

(2) Ce n'est pas là néanmoins ce que l'on d  
tabes périphérique. On pourrait croire que l  
présente observation, où l'on trouve à la  
jambes, du talonnement et le signe de Rom  
d'une polynévrite. Ce que M. DRENNING a déc  
mination de nervo-tabes périphérique est un  
purement sensitive, c'est-à-dire n'amenant q  
et d'atrophie, mais entraînant en revanche  
tout-à-fait semblable à celle de l'ataxie loca  
rapide : elle constitue une partie des faits c  
cadre de l'ataxie aiguë. Ce serait sortir du je  
n'était pas mauvais de prévenir une confusio

Les auteurs ne parlent guère de cette modalité de la névrite alcoolique. Néanmoins, BABINSKI la décrit clairement : « Dans des cas rares, c'est dans les muscles de la région postérieure de la jambe, particulièrement dans le triceps sural que la paralysie est le plus accusée. Au lieu d'être tombant, le pied est relevé. Dans la marche, la flexion du pied est encore plus prononcée qu'à l'état de repos et le malade pose d'abord le talon sur le sol ; il ressemble à cet égard au tabétique dont la démarche est toutefois différente. Ce mode de déambulation est bien moins commun que le steppage et il ne me paraît pas avoir été nettement décrit ; j'en ai observé récemment un exemple frappant chez un malade atteint manifestement de névrite périphérique. Dans ce cas, la paralysie des muscles postérieurs était associée à celle des péroniers. » A part ce dernier trait, ces lignes s'appliquent au sujet dont nous parlons.

Les réflexes patellaires du malade sont notablement exagérés. Si l'exagération des réflexes cutanés est fréquente chez les alcooliques, celle des réflexes tendineux constitue une exception. Le plus généralement, les réflexes tendineux sont affaiblis ou abolis. STRÜMPPELL et MOEBIUS ont montré que, dans des cas qu'on peut compter, ils sont exagérés. Toutefois, ils ne sont jamais d'une intensité excessive, et la trépidation épileptoïde ne se laisse point constater. « Puisqu'il suffit, dit BABINSKI, d'une irritation portant sur l'extrémité des fibres centripètes pour que l'épilepsie spinale apparaisse, ainsi que cela a lieu dans certaines affections articulaires, on concevrait fort bien qu'une lésion d'un nerf produisît des troubles analogues ». Nous pensons que cette explication s'adapte à notre cas. L'inflammation, qui a touché fortement le sciatique, n'a guère lésé les branches du nerf crural ; nous n'en voulons pour preuve que la quasi-intégrité du triceps fémoral. Il est aisé de concevoir qu'un début d'irritation du nerf crural puisse lui faire traduire sa souffrance par une excitation, que suivra peut-être une paralysie. Ce n'est qu'une théorie ; si elle est fautive, elle n'infirme en rien le fait lui-même.

Deux mots sur l'amnésie notée dans l'observation : « Les désordres de la mémoire et de l'intelligence, dit RAYMOND, sans être l'apanage exclusif de la polynévrite alcoolique, sont aussi fréquents dans le cours de celle-ci qu'ils sont rares dans le cours des polynévrites d'autre origine. » L'amnésie des alcooliques porte d'une façon prépondérante sur les faits récents et postérieurs au début de l'empoisonnement chronique. La mémoire n'emmagasine plus les faits récents : elle garde ce qu'elle contient, mais n'acquiert que péniblement des éléments nouveaux. C'est ce que Pierre JANET dénomme amnésie continue (1). Il en est ainsi chez notre malade. Il le dit lui-

même : les choses anciennes lui reviennent, mais quant aux événements récents, ils ne lui sortent pas. Inutile d'insister sur ces points, mais il faut éclaircir la notion étiologique.

Si l'alcoolisme prédomine, et si l'homme, ne peut-on se demander si le saturnisme, n'ont pu intervenir que la localisation de la névrite aux nerfs inférieurs n'est guère fréquente. Ce suppose avoir été le rôle du plomb en passant qu'OPPENHEIM (1) pense d'origine métallique prédisposent (2) aux autres intoxications, telles qu'il y a lieu de faire une place aux saturnismes.

Pour la tuberculose, c'est autre question dans la genèse des névrites de nature alcoolique, depuis le mémoire de PIRRO (3), POLYNÉVRITE TUBERCULEUSE peut être (4), COTTE (3), PAL (4), ou purement FRAENKEL (5). Ce qui est commun à ces troubles moteurs et sensitifs, c'est tout à la fois de la paralysie, de la douleur, de la fièvre (ROSENHEIM (7), SENATOR (8), PAGENSTECHER (10).)

Nous ne méconnaissons nullement les données, tout à fait bien établies, que chez un homme à la fois alcoolique et tuberculeux, la clinique veut qu'on mette en première majeure partie des accidents dont l'alcool est coupable. Assurément, les troubles nerveux périphériques, qu'ils soient dus à une autre infection ou intoxication, p. des troubles nerveux périphériques (de Bordeaux, 1894), après WEILL, le cas. Toutefois, qu'on lise son sur l'étude de 134 sujets, et on voit qu'il y a eu rencontré des parésies des membres, mais une seule paralysie. Nous pensons que le malade dont nous parlons n'a qu'un début de troubles, mais qu'on ne peut écarter l'étiologie alcoolique, mais le caractère si intense de ses troubles, prononcée et si persistante doivent désigner l'alcool comme cause probable des névralgies, ou bien ils ont

(1) *Berl. Klin. Wochenschr.*, 30 nov. 1888.

(2) *Revue de médecine*, 1888, p. 193.

(3) *Bulletin de l'Académie royale de B.*

(4) *Ueber multiple Neuritis*, Vienne, 1888.

(5) *Revue neurologique*, 1893, n° 1 et 2.

(6) *Deuts. medic. Woch.*, 1891, p. 1121.

(7) *Archiv für Psychiatrie*, 1887, p. 782.

(8) *Deuts. medic. Woch.*, 1888, n° 28.

(9) *Thèse de Berlin*, 1888.

(10) *Archiv für Psychiatrie*, 1896, p. 211.

(1) *Revue générale des sciences*, 1893, p. 175.



— M. PICQUÉ étudie les indications de l'intervention chirurgicale chez les aliénées. La guérison d'affections génitales amène une sédation marquée dans les troubles cérébraux.

**Société de Thérapeutique.** — M. ROSTER préconise l'emploi de la napelline pour calmer les souffrances de la démorphinisation.

— M. WEBER propose de faire prendre aux malades que l'on doit opérer, de l'eau chloroformée, plusieurs mois avant l'opération pour prévenir les accidents post-anesthésiques.

M. CAMESCASSE. — Le pain complet est excellent pour guérir la constipation chronique.

## Analyses de Mémoires français et étrangers

**Des Modifications histologiques du sang dans quelques intoxications expérimentales,** par le docteur G. CARRIÈRE.

Dans un mémoire de candidature présenté à la Société centrale de médecine du Nord et publié dans les *Bulletins* de cette Société, notre collaborateur, M. CARRIÈRE, s'attaque à cette intéressante question. De son travail nous détachons les conclusions générales suivantes qui résument les recherches et les résultats :

I. — Dans toute intoxication expérimentale, on note une destruction globulaire. Celle-ci est rapide, intense, massive pour les poisons microbiens et les poisons minéraux ; elle est plus lente et moins marquée pour les poisons autochtones.

Dans les intoxications microbiennes ou autochtones, la destruction globulaire est de moins en moins intense au fur et à mesure que l'on répète les injections : il semble que l'hématie s'accoutume au poison, qu'elle apprend à lui résister. Pour les poisons minéraux, au contraire, il n'y a pas d'accoutumance ; au contraire, une première atteinte semble conférer au globule rouge une fragilité plus grande.

La rénovation globulaire est lente (premières injections), puis rapide en ce qui concerne les poisons microbiens ; elle est plus lente pour les poisons autochtones ; plus lente encore pour les poisons minéraux.

Cette rénovation est incomplète (surtout si les injections sont répétées) ; même pour les poisons minéraux, elle peut voir survenir, à la suite d'une hypoglobulie permanente et qui prend des formes anormales (formes naines ou atrophiques). Pour les poisons autochtones, la rénovation est complète, parfois hyperglobulie.

II. — Les fluctuations des hémato blastes sont en rapport avec ces constatations. Ils sont plus sensibles aux poisons que les hématies : c'est sur eux que le poison commence par agir. Mais leur rénovation précède celle des hématies.

Ces fluctuations, très marquées pour les poisons microbiens, sont moins nettes pour les poisons minéraux, peu sensibles pour les poisons autochtones.

III. — La leucocytose est très accentuée pour les poisons microbiens ; l'est peu d'abord, plus du tout ensuite, pour les poisons autochtones ; insignifiante pour les poisons minéraux.

a) Les poisons microbiens déterminent de brusques poussées de leucocytes polynucléaires qui peuvent rester à un taux élevé à la suite d'injections répétées.

Les poisons autochtones produisent une diminution immédiate de ces éléments dont le nombre augmente les jours suivants sans dépasser de beaucoup le taux normal.

Les poisons minéraux entraînent une diminution bien plus considérable, et ces éléments ont parfois de la peine à revenir à leur taux normal.

b). Les leucocytes mononucléaires diminuent considérablement parfois dans les intoxications microbiennes, mais ils reviennent en général très vite à leur chiffre normal. Cette même chute s'observe, quoique moins prononcée, dans les intoxications par poisons autochtones, mais ici le retour au taux normal est de beaucoup plus lent et plus difficile.

Quant aux poisons minéraux ils déterminent des fluctuations moins importantes dans la courbe des mononucléaires et ceux-ci dominant ou tiennent un rang élevé dans le sang.

c). Le nombre des lymphocytes est diminué dans certaines intoxications microbiennes (éberth, pneumocoque, streptocoque) ; il reste normal au contraire dans certaines autres (coli-bacille, tuberculine). Il est augmenté par poussées d'abord, puis d'une façon permanente dans les intoxications par poisons minéraux ou autochtones.

d). Les poisons microbiens déterminent des poussées d'éosinophilie, mais comme pour les poisons minéraux il y a pour certains d'entre eux une sorte d'accoutumance

injections, l'éosinophilie ne se produit que surtout intense avec les poisons microbiens et toujours moins intense avec les poisons autochtones déterminent des poussées d'éosinophilie ; mais cette éosinophilie est fugace et transitoire. Elle s'accoutumance est rapide.

Entre les intercalaires ce sont les cellules mononucléaires qui dominent dans le sang (intoxications minérales ou autochtones) ; ce sont les cellules polynucléaires dans les intoxications minérales.

f).  
a pas  
g).  
intoxi  
il est  
tones

« N  
désapp  
» M  
d'avoi  
» —  
» —  
comm  
jouiss  
Ju dr  
du na  
» il  
sur l'a  
louret  
» D  
l'angi  
sur le  
Avi

## I

Méd  
vie  
mé

L'int  
aup  
per  
hor  
méc

Att  
d'un  
tance  
d'une  
ultéri  
Att  
que,  
docte  
qui l'  
Att  
prése  
procé  
sieur  
Att  
le ma  
aux v  
partic  
traite



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté

## COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Kéraval, directeur de l'As De Lapersonne, professeur Looten, médecin des hôpitaux (ciennes), membre correspondant Moty, médecin principal, professeur agrégé, chargé d'un mont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Cancer mélanique des ganglions de l'aîne ; opportunité opératoire ; recherches anatomiques, bactériologiques et chimiques, par MM. les professeurs L. Dubar et G. Carrière. — Emphysème sous-cutané de la face, du cou et du tronc dû à une perforation du larynx chez un tuberculeux, par MM. les docteurs Raviart et Marlier. — CONGRÈS : X<sup>e</sup> Congrès des aliénistes et neurologistes de France. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES : Compte-rendu de la séance du 14 avril 1899 de la Société Centrale de Médecine du Nord. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — BIBLIOGRAPHIE. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

Les discours prononcés à l'occasion de l'inauguration du Monument et de l'Institut Pasteur de Lille, ayant été reproduits in-extenso dans tous les journaux politiques quotidiens de la région du Nord, nous nous abstenons d'en publier, même les plus marquants.

Des cérémonies, nous dirons seulement qu'elles furent dignes de PASTEUR.

## TRAVAUX ORIGINAUX

Cancer mélanique des ganglions de l'aîne. — Opportunité opératoire. — Recherches anatomiques, bactériologiques et chimiques.

PAR MM. L. Dubar, Professeur de clinique chirurgicale, ET G. Carrière, Agrégé, chef du Laboratoire des Cliniques.

Au commencement de décembre 1898, je reçus la visite d'une malade venue sur les conseils de confrères du dehors, qui me demandaient s'il y avait lieu de faire une opération et, dans l'affirmative, de vouloir bien y procéder dans mon service de la Charité. Cette dame, âgée de 47 ans, portait une tumeur dans l'aîne droite.

Le diagnostic de son affection n'offrait pas de difficulté. J'appris en effet de la malade que la tumeur de l'aîne existait depuis plusieurs mois et qu'elle semblait s'être développée en même temps que deux petites tumeurs de la grande lèvre droite, dont elle avait l'extirpation.

Voici d'ailleurs les détails de la maladie, tels qu'elle me les a racontés.

Toujours bien portante, héréditaire ou personnel digressif, au mois d'avril 1845 ans, des démangeaisons de la grande lèvre droite. Elle se fit et il se constituait une petite tumeur. Peu de temps après, les mêmes phénomènes se reproduisirent au milieu de la grande lèvre droite. Une induration se forma constamment. Une induration se développa formant deux petites tumeurs. En octobre 1897. Pendant qu'elle guérait. Mais vers le milieu de l'année, nouvelle induration dans la grande lèvre droite. Elle alla en se développant et qu'on fit l'opération vers le mois de mai. Elle pense bien que déjà à l'époque des ganglions indurés dans la grande lèvre, résumé, tumeurs de la grande lèvre. En octobre 1897, récidivant au mois de mai et s'accompagnant de douleurs dans l'aîne correspondante d'une tumeur maligne, ayons l'examen des grandes lèvres de la malade, en ce sens qu'il y avait des cicatrices provenant d'opérations antérieures. D'ailleurs, de ce côté, aucune tumeur.

tions où se trouve la malade, vaut-il mieux intervenir ou s'abstenir ?

Sans doute il n'y a pas de chances d'obtenir une guérison définitive. La généralisation est même certaine au bout de quelques mois. Mais ce n'est pas une raison pour abandonner la malade, si l'ablation est possible dans des conditions immédiates satisfaisantes.

Quelles seraient, en effet, les conséquences de la non intervention. J'ai vu un certain nombre de sujets dont on avait laissé évoluer l'affection à la période où se trouvait notre malade. La situation de ces malheureux est vraiment affreuse. Les douleurs en raison de la compression des filets nerveux sont des plus pénibles et déjà notre malade réclame l'opération à cause des vives douleurs qu'elle ressent ; mais bientôt les masses ganglionnaires dégénérées s'ulcèrent, laissant suinter un ichor fétide et irritant ; des colonies cancéreuses envahissent la peau de proche en proche, amenant de nouvelles ulcérations à bords indurés et saignants. La marche devient impossible en raison des ulcérations de plus en plus profondes, de plus en plus nombreuses, de plus en plus indurées. Ces plaies exhalent une odeur répugnante pour la malade et l'entourage.

Aussi vaut-il mieux intervenir toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indications absolues.

Chez notre malade il n'existe pas encore dans les parties profondes de l'abdomen de masses ganglionnaires indurées ; l'état général s'est maintenu assez bon. L'alimentation se fait à peu près normalement et si elle dort peu, c'est par suite des douleurs de la racine de la cuisse qui pourront disparaître après l'ablation.

Mais cette ablation est-elle possible ? Je le pense, parce que l'artère est déjetée, mais sûrement non englobée ; parce que la veine fémorale est dans le même cas selon toute probabilité. En tous cas elle pourrait être réséquée entre deux ligatures. N'agit-on pas ainsi dans le cas de dégénération de l'aisselle ? Ne fait-on deux ligatures de la veine axillaire de la résection d'une portion d'elle ? Il me paraît pas devoir contre-indiquer.

En résumé, j'envisageais l'intervention comme tentante et susceptible de procurer beaucoup de satisfaction, quoique difficile. Au point de vue de l'intervention avait l'avantage (

leurs, si pénibles, de la racine de la cuisse, d'entraver momentanément l'évolution de la maladie.

Je l'engageai donc à entrer dans mon service, et le 21 décembre je procédais à l'opération. Une incision en T, une des branches menée parallèlement à la direction de l'artère fémorale, l'autre dédoublée en forme de raquette parallèle à l'arcade crurale, circonscrivant la peau adhérente à sacrifier, mit la tumeur largement à nu. En dehors, l'artère fut facilement isolée ; la veine fémorale, au contraire adhérente, put cependant être disséquée. Je constatais que la saphène interne était largement englobée dans la tumeur. J'arrivais à placer une ligature sur l'embouchure de cette veine dans la fémorale, une seconde ligature ferma la saphène au-dessous de la tumeur. Celle-ci s'enfonçait profondément sous l'arcade crurale, qui dut être largement débridée, en sorte que toute la masse ganglionnaire fut extirpée jusque dans la fosse iliaque. Dès lors, en quelques coups de bistouri, la portion interne de la tumeur fut enlevée jusqu'au voisinage de la grande lèvre. Toute la plaie put être réunie avec drainage. Le 2 janvier, les sutures furent enlevées. La plaie était réunie par première intention et la malade quittait l'hôpital le 9 janvier 1899.

La pièce enlevée fut confiée à M. CARRIÈRE, directeur du Laboratoire des Cliniques. Il en a fait une étude très intéressante au point de vue anatomo-pathologique, bactériologique et chimique.

Voici le résultat de ses recherches, qui offrent un grand intérêt en raison des investigations qui se poursuivent de tous côtés sur la parasitologie du cancer :

#### ÉTUDE ANATOMIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

Les ganglions cancéreux recueillis sont au nombre de quatre : l'un a la grosseur d'une noisette, les trois autres ont chacun le volume de grosses noix.

Ces masses sont arrondies, ovoïdes ou sphériques, assez facilement énucléables.

Leur consistance est élastique, semi-molle en quelques points.

Sur une coupe on constate que le tissu qui les compose est d'un blanc jaunâtre uniforme, avec des flots tantôt arrondis, tantôt irréguliers, d'un noir de jais : on jurerait des truffes. Ces flots sont bien nettement délimités. On trouve aussi des traînées irrégulières d'un brun ocre ou grisâtres.

*Étude histologique.* — Des fragments de ces diverses

tumeurs ont été LINDSAY et le PER dans la paraffine le plus favorable comme l'affirme maintes fois cons

Les coupes on suivantes : Hémat picriqué ; thionin WEIGERT pour les

Voici maintenant ces diverses prép

Du côté de la p du tissu cellulo-naires types. On t tivo-élastique du mêmes cellules e présentent ordina spécifique. Les altérations si bie en 1881 : il s'agit toniques avec hy

De la capsule s tituées par des fil élastiques. Ces fib entre elles des m naires, de cellules ou de pigment se présentent les mé cédemment décri

De ces travées s de moins en moins vues de fibres é les mêmes naissance

Les tumeurs on très nettement al crits de toutes pa second ordre.

Sous la capsul des flots irrégulie unique, bien colo milieu d'un retic lymphocytes nor seules parties de de l'invasion can

Dans les alvéo premier et de se connectives très d

glandulaires : la liberté de cellules par rapport aux parois alvéolaires. « Elles sont juxtaposées et comme en suspension dans un liquide, sans adhérence intime entre elles ».

Mais à côté de ces cellules caractéristiques il en est d'autres non moins nombreuses et non moins intéressantes.

Nous voulons parler des cellules dégénérées et des cellules à pigment.

Nous avons déjà décrit les cellules à noyaux dégénérés. On rencontre à côté de beaucoup plus grand, des c subi la fonte muqueuse : ell gulièrement dans les alvéol habituellement le centre. E que leurs noyaux sont peu c noyaux ne sont représent granulations chromatiques zottes). Leur protoplasma es en rose violacé après action

On rencontre à côté de beaucoup plus rares en de colloïde, mais il est à notre a guer entre eux ces divers p tout en essayant comme Eau et d'autres encore de les c avouer avec FABRE-DOMEI (muqueuse, hyaline, colloïd entités morphologiques surt logiques. Ce sont des produ. milation protoplasmique sus se combiner entre elles en l inclusions intracellulaires c tions d'origine diverse en e caractères chromatophiles.

Nous abordons enfin l'étu taires. Nous avons vu que tumeurs étaient véritableme rêtres que nous avons obs Ilots de pigments ou de cellu A la périphérie de ces ilots cellulaire s'infiltrer d'une po Celle-ci semble se localiser c des noyaux leur formant de en se rapprochant du cent pigmentaire infiltrer la tota laire. Les granulations dev volumineuses, forment de p

qui masquent complètement le noyau si tant est que celui-ci existe encore. La cellule est alors transformée en un bloc pigmentaire. Elle finit par éclater et on ne voit plus alors qu'un amas de pigments qui conserve partiellement encore la forme de la cellule originelle. On retrouve, mais en petit nombre, ces cellules à pigment jusque dans les travées connectives qui circonscrivent les alvéoles carcinomateux.

De par tous ces caractères nous portons donc le diagnostic anatomique de : **carcinome glandulaire encéphaloïde mélanique avec flocs de dégénérescence muqueuse, hyaline et colloïde.**

*Etude du suc cancéreux frais.* — Nous avons étudié au moment de l'ablation le suc cancéreux obtenu par raclage de la surface de section, soit sans coloration, au Biondi ou à la thionine phéniquée.

Nous y avons retrouvé les mêmes éléments cellulaires cancéreux que nous avons décrits dans les alvéoles et nous ne jugeons pas à propos d'y revenir ici; nous nous contenterons de faire la même constatation et d'insister sur les formes de multiplications endogènes avec dégénérescences nucléaires.

*Etude bactériologique.* — Les tumeurs aussitôt leur ablation ont été placées dans des vases rigoureusement stérilisés et ont été immédiatement transportées à quelques pas de là dans notre laboratoire des cliniques. Là, après avoir saisi la pièce à l'aide d'une pince stérilisée, nous avons recueilli de petits fragments centraux avec un bistouri stérilisé. Ces fragments ont été alors placés dans un mortier stérile et broyés avec du verre pilé et des bouillons également stérilisés. Le liquide obtenu a étéensemencé et injecté aux animaux.

*Inoculations.* — Nous avons inoculé ce liquide sous la peau et dans le péritoine de deux lapins, de deux cobayes et d'une souris grise. Aucun de ces animaux n'est mort; aucun n'a présenté d'accidents: tous vivent encore et n'ont aucune tumeur au lieu d'inoculation.

Un lapin et un cobaye ont reçu sous la peau des petits fragments de cette tumeur. Ils vivent, sont bien portants et on ne trouve rien au lieu de l'inoculation.

*Cultures.* — Le liquide obtenu par trituration a étéensemencé en différents milieux que voici: bouillon peptonisé, bouillon pepto-glyco-glycériné, lait, gélose, sang humain et sérum de sang humain, urine, gélose et sang, liquide d'ascite. Chacun de ces milieux

a été cultivé en anaérobie et en chaque jour pendant deux mois et tubes ne nous a donné une seule

Désireux de nous convaincre que la tumeur renfermait des sporozoaires, nous avons recouru au procédé de VLASCOWITCH pour ces organismes, au dire de M. BALBIANI lui-même.

Des coupes de ces fragments ont été placées dans la lessive de potasse pendant quatre heures, le lendemain on centrifugeait le résidu. Ce résidu, traité par VLASCOWITCH, ne m'a jamais montré avec sa coloration élective.

De tout ceci il résulte que: dans la tumeur nous n'avons pu obtenir aucune culture positive; cette tumeur ne renferme pas de parasite décelable à l'aide des méthodes que nous possédons.

*Etude chimique sur le pigment de la tumeur.* — A l'heure actuelle la question se partage entre ceux qui pensent qu'il s'agit d'altération de la matière colorante du sang; tels BARNET, BRESCHET, ROKITANSKY, LANGHANS, GUSSENBAUER, ECKER, REICH et CLAUZEL. Les autres pensent qu'il s'agit d'une substance spéciale élaborée par les cellules de la tumeur; tels LEBERT, ROBIN, CORNIL, RABINOWITZ et BAUMGARTEN.

Nous n'avons retrouvé dans cette tumeur aucun des caractères de la matière colorante du sang ou de ses dérivés. Ce n'est pas une substance pure, car on ne retrouve pas la réaction caractéristique de HELLER et les solutions dans lesquelles nous avons pu obtenir à l'aide de la tumeur ne nous ont pas présentés les bandes d'absorption caractéristiques de l'hémoglobine. De plus, dans les alcalis étendus, l'éther, et dans le chloroforme, ne s'agit point non plus d'hématoidine, car la tumeur est soluble dans le chloroforme et dans l'éther point le pigment que nous étudions, car il n'est point dissous dans l'alcool méthylique. Ce n'est point une substance albumineuse, car il est insoluble dans les alcalis étendus et dans l'alcool chauffé. La réaction alcaline que nous avons pu en



soluble  
que et

que la

es con-  
ce pig-  
t nous  
ion.

tronc,  
rculeux  
itaux.

re dans  
hôpital  
ptômes  
re déjà

usser à  
i, il y a

entrer  
ravail.  
grandes  
ons, et  
cent la  
lésions

rations  
re part.  
temps  
enons  
ague et  
ncé au  
és.  
nalade.  
sa face  
t bour-  
n gon-  
de la

de la région pectorale et enfin de la région dorsale, la crépitation neigeuse pouvant être septie jusqu'à la dernière vertèbre dorsale.

Les régions déformées par l'emphysème offraient à la palpation outre la crépitation précédemment signalée, une consistance élastique.

La percussion permettait d'obtenir une certaine résonnance des régions emphysémateuses ; l'auscultation enfin permettait d'entendre un bruit analogue au murmure vésiculaire et de temps à autre de petits sifflements que l'importance de l'emphysème empêchait d'utiliser pour la recherche du point perforé.

Cet emphysème diminuait très rapidement et nous permit de constater que la région cervicale antérieure, où il s'était cantonné, présentait de l'empâtement profond.

Le malade mourut quatre jours après l'apparition de l'accident.

A l'autopsie, la région cervicale est minutieusement disséquée, la zone superficielle est trouvée intacte, et, le muscle sterno-cléido-mastoldien récliné, nous incisons l'aponévrose moyenne. Nous trouvons alors, baignant dans un pus crémeux, les muscles de la région sous-hyoldienne ; leur gaine a disparu, ils sont disséqués en quelque sorte par le pus et en partie mortifiés en certains points. Cette loge purulente s'étend verticalement de l'os hyoïde vers le sternum sur une longueur de douze centimètres. Elle a pour limites : en haut, les muscles sus-hyoldiens ; en bas, elle s'arrête un peu avant l'insertion sternale des muscles sterno-hyoldiens. La largeur de la loge est de six à sept centimètres et sa limite est en rapport avec l'étendue du décollement des muscles. Ceux-ci laissent le larynx presque dénudé. Le cartilage thyroïde, dépourvu de périchondre sur une moitié environ de sa surface externe, présente au niveau de la pomme d'Adam des lésions de chondrite extrêmement accentuées, le cartilage aminci est déchiqueté, et le bord antérieur du larynx est échancré en sa partie supérieure sur une longueur de 15 millimètres. C'est à travers cette échancrure que nous apercevons la membrane thyro-hyoldienne perforée sur une longueur de six millimètres sur trois de large. Toute la loge comprise entre l'hyoïde, le thyroïde et la membrane thyro-hyoldienne, est naturellement remplie de pus.

Ce pus, comme celui qui a décollé les muscles sous-hyoldiens, est verdâtre, crémeux, en tout semblable au contenu des cavernes.

Nous enlevons alors le larynx, la trachée et les poumons après avoir constaté que la face postérieure du larynx et de la trachée ne participait aucunement au processus, et que, d'autre part, il n'y avait aucun rapport entre l'emphysème et l'état des poumons, un examen minutieux de ces derniers permettant d'affirmer l'absence d'effraction en un point quelconque de leur sommet.

Le larynx et la trachée sont alors incisés le long de leur face postérieure. La face interne du larynx présente de larges ulcérations peu profondes, siégeant au-dessous des cordes vocales inférieures.

Fait à noter : les cordes vocales sont intactes, ainsi que toute la région supérieure du larynx,

C'est au sommet de l'arcades vocales que siège notre lésion, nous l'avons vu, de forme verticale, dire si elle s'est produite préexistante. La chose est d'autant plus explicable que la laryngée est l'un des moindres sièges de la phthisie.

Notons encore l'absence d'aryténoïdienne, alors que la phthisie laryngée le siège d'ulcérations.

Quant à la face interne de la trachée, en certains points, d'ulcérations très nombreuses ayant dénudé les arcs cartilagineux et de petites excavations. À la face externe.

Les poumons ont été examinés cliniquement les avait révélés occupant les deux sommets de tout l'organe.

Le foie, les reins, la rate, les autres organes classiques peu intéressants.

Telle est, brièvement résumée, l'autopsie très intéressante :

1° Par la rareté de la cause à laquelle elle a trait :

2° Par le siège anormal.

## CON

X<sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et M

Ce Congrès s'est tenu à Paris. M. BALLET y a donné l'exposé de la **psychose polynévritique** en rapport que l'on trouvera dans le rapport.

En 1889, quand KORSAKOW a exposé les psychoses polynévritiques, il se produisit une sensation d'étonnement et de nouveauté. Les névrites étaient bien connues, mais n'avaient pas été remarquées. Elles furent bientôt admises et les genres se multiplièrent.

CHARCOT avait déjà signalé la névrite alcoolique, mais revint le mérite d'avoir fait connaître qu'il doit entendre sous ce nom une association d'habitude à la même cause toxico-infectieuse, multiplicité de formes observées. De plus, on peut dire que sans troubles mentaux, les troubles mentaux avec

lésion s'établisse. Quand on fait la revue des cas de cérébropathies psychiques, survenues sous l'influence d'une toxémie, et présentant la physionomie assignée à la psychose polynévritique, on trouve des psychoses avec beaucoup, avec peu ou avec pas de polynévrite. Par suite, l'expression de psychose polynévritique est mauvaise ; il vaut mieux cérébropathie psychique toxémique ou neuro-cérébrite toxique.

Il y a lieu de diviser les maladies mentales en deux groupes, les premières, accidentelles (paralysie générale et toxémies) ; les secondes, constitutionnelles, tenant à un défaut d'organisation congénitale de la cellule nerveuse.

M. VALLON rapproche de la forme délirante certains cas d'alcoolisme aigu. Il n'y a rien d'étonnant à cette analogie symptomatique puisque l'alcoolisme est aussi une intoxication.

M. RÉGIS a constaté que la psychose post-éclampsique peut se montrer indépendamment des attaques d'éclampsie. C'est qu'en effet, il s'agit là d'une psychose toxique ou infectieuse. Cette origine, qui est aussi celle de la psychose polynévritique, indique qu'on retrouve la même symptomatologie dans les deux affections.

M. LAROUSSINIE cite un cas de psychose post-grippale à forme de confusion mentale, où la mort a eu lieu par syncope et semble due à l'extension des lésions au noyau d'origine du vague.

M. MABILLE communique deux observations où l'amnésie a dominé la scène pathologique. Dans l'un, il s'agissait d'une femme qui, dans sa cave, buvait à même au robinet des barriques jusqu'à ce qu'ivresse s'ensuivit.

### Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie de Médecine.** — M. BERGER recommande le massage soigneux et prolongé, dans le traitement du torticollis congénital.

— M. SAINT-PHILIPPE conseille de supprimer le lait momentanément dans les gastro-entérites que l'on observe à l'époque du sevrage.

**Société médicale des Hôpitaux.** — M. RENDU a observé un cas de méningite cérébro-spinale à streptocoques.

— MM. ACHARD et DELAMARE proposent d'explorer la perméabilité et l'activité du rein par la glycosurie phloridzique.



Ou, si l'on préfère, en d'autre termes, c'est à cet âge que le maximum de puissance physique semble généralement atteint.

Un adulte de dix-sept ans, d'après les tableaux de moyennes dressés par le médecin que nous citons, doit pouvoir soulever sans difficulté un poids de 126 kilos. A vingt ans, sa force dynamométrique est de 144 kilos. Enfin, à trente et un ans, elle s'élève à 200 k. — Un homme de quarante ans ne peut plus soulever qu'un poids de 153 kil. 680 ; à cinquante ans, sa force est réduite à 148 kil. 500 ; à soixante-dix ans, elle tombe à 112 kilos.

L'auteur en question a fait également de curieuses expériences sur les indigènes du Togoland, d'où il résulte que, contrairement à l'opinion généralement répandue, la force musculaire des nègres est à peu de chose près pareille à celle de la race blanche

## NOUVELLES & INFORMATIONS

Dans sa séance du 29 mars, la Chambre des Députés a repoussé l'amendement Vacher, relatif à l'impôt de 10 centimes que ce député proposait de mettre sur chaque bouteille d'eau minérale, sous prétexte de ramener au droit commun fiscal cet élément de la fortune publique, qui a, jusqu'ici, toujours échappé à l'impôt. M. ASTIER, de l'Ar-dèche, dans une interruption très applaudie, M. J. LEGRAND, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'intérieur, ont montré qu'il s'agissait d'un impôt sur la santé publique et fait échouer la proposition. C'était le sort qu'elle méritait !

— Le Ministre de l'Instruction publique vient d'instituer une commission pour rechercher et proposer les modifications à apporter au statut de l'agrégation en médecine. Ont été nommés membres de cette commission, sous la présidence de M. LIARD, directeur de l'enseignement supérieur : MM. les professeurs BROUARDEL et BOUCHARD, de Paris, PITRES, de Bordeaux, membres du conseil supérieur de l'Instruction publique ; VIALLETON, de Montpellier ; CHARPENTIER, de Nancy ; CHARPY, de Toulouse ; BONDET, de Lyon ; DUBAR, de Lille. Nous adressons, à l'occasion de cette distinction, à notre collègue et collaborateur nos bien vives félicitations.

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Année scolaire 1898-1899

#### TABEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

DU 16 MARS AU 31 JUILLET 1899

##### Première année de Médecine

LUNDI	Clinique méd. ou clin. chirurg. de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques d'histologie de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie de 5 h. à 6 h.
	Cours de physique biologique de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clinique méd. ou clin. chirurg. de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques de physiolog. de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe de 5 h. à 6 h.

<b>MERCREDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques de physiologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physique biologique.	de 6 h. à 7 h.
<b>JEUDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de physiologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. à 6 h.
<b>VENDREDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie.	de 5 h. à 6 h.
<b>SAMEDI</b>	Cours de physique biologique.	de 6 h. à 7 h.
	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. à 6 h.

Deuxième année de Médecine

<b>LUNDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie.	de 5 h. à 6 h.
<b>MARDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques de physiologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. à 6 h.
<b>MERCREDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques de chimie.	de 2 h. à 5 h.
	Cours de chimie biologique.	de 5 h. à 6 h.
<b>JEUDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques de physiologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. à 6 h.
<b>VENDREDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Conférences de physiologie.	de 5 h. à 6 h.
<b>SAMEDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux pratiques d'histologie.	de 2 h. à 4 h.
	Cours de physiologie.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. à 6 h.

Troisième année de Médecine

<b>LUNDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Cours de bactériologie.	de 3 h. à 4 h.
<b>MARDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de bactériologie.	de 3 h. à 5 h.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. à 6 h.
<b>MERCREDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Cours de bactériologie.	de 3 h. à 4 h.
<b>JEUDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Travaux prat. de bactériologie.	de 3 h. à 5 h.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. à 6 h.
<b>VENDREDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Cours de bactériologie.	de 3 h. à 4 h.
<b>SAMEDI</b>	Clinique méd. ou clin. chirurg.	de 8 h. 1/2 à 11 h.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. à 6 h.

Quatrième année de Médecine

<b>LUNDI</b>	Clinique médicale des enfants.	à 9 h.
	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Clinique obstétricale.	de 5 h. à 6 h. 1/2.
<b>MARDI</b>	Clinique chirurg. des enfants.	à 10 h. 1/4.
	Cours de médecine légale.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Cours de médecine opératoire.	de 4 h. à 5 h.
	Cours de pathologie externe.	de 5 h. à 6 h.
<b>MERCREDI</b>	Cours de pathologie interne.	de 11 h. 1/2 à 12 h. 1/2.
	Travaux prat. de méd. opérat.	de 1 h. 1/2 à 3 h.
	Clinique obstétricale.	de 5 h. à 6 h. 1/2.

<b>JEUDI</b>	Clinique médicale des enfants.	à 9 h.
	Confér. du labor. des cliniq.	
	Cours de médecine légale.	
	Cours de médecine opératoire.	
<b>VENDREDI</b>	Cours de pathologie externe.	
	Clinique chirurg. des enfants.	
	Cours de pathologie interne.	
	Travaux prat. de méd. op.	
<b>SAMEDI</b>	Clinique obstétricale.	
	Clinique médicale des enfants.	
	Cours de médecine légale.	
	Cours de médecine opératoire.	
	Cours de pathologie externe.	

Les élèves de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années de chaque semestre, en ce qui concerne les groupes, dont l'un est attaché à la clinique chirurgicale.

Première année de P

<b>LUNDI</b>	Cours de botanique.	
	Travaux pratiques de chimie.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de matière médicale.	
<b>MARDI</b>	Cours de chimie biologique.	
	Cours de chimie biologique.	
	Cours de botanique.	
	Cours de matière médicale.	
<b>MERCREDI</b>	Cours de botanique.	
	Cours de matière médicale.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	
<b>JEUDI</b>	Cours de botanique.	
	Cours de matière médicale.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	
<b>SAMEDI</b>	Cours de botanique.	
	Cours de matière médicale.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	

Deuxième année de P

<b>LUNDI</b>	Cours de botanique.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de bactériologie.	
	Cours de bactériologie.	
<b>MARDI</b>	Cours de matière médicale.	
	Travaux prat. de bactériologie.	
	Cours de bactériologie.	
	Cours de chimie biologique.	
<b>MERCREDI</b>	Cours de chimie biologique.	
	Cours de chimie biologique.	
	Cours de botanique.	
	Cours de matière médicale.	
<b>JEUDI</b>	Travaux prat. de bactériologie.	
	Travaux prat. de bactériologie.	
	Travaux prat. de chimie.	
	Cours de bactériologie.	
<b>VENDREDI</b>	Cours de bactériologie.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	
<b>SAMEDI</b>	Cours d'histoire naturelle.	
	Cours de matière médicale.	
	Travaux pratiques de chimie.	
	Cours de chimie organique.	

Troisième année de P

<b>LUNDI</b>	Cours de botanique.	
	Travaux prat. d'hist. natur.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	
<b>MARDI</b>	Cours de matière médicale.	
	Cours de chimie biologique.	
	Cours de chimie biologique.	
	Cours de chimie biologique.	
<b>MERCREDI</b>	Cours de botanique.	
	Cours de matière médicale.	
	Travaux prat. de physique.	
	Travaux prat. de physique.	
<b>JEUDI</b>	Travaux prat. d'hist. natur.	
	Travaux prat. de pharmac.	
	Cours de botanique.	
	Cours de matière médicale.	
<b>VENDREDI</b>	Travaux prat. de pharmac.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	
<b>SAMEDI</b>	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	
	Cours de chimie organique.	

A l'occasion des fêtes qui ont acc du Monument et de l'Institut PA honorifiques ont été décernées à pl Nous leur adressons nos bien vive

M. le docteur HENNART, de Lille d'Académie ; M. le professeur CAL agricole ; et son élève, M. GUER chevalier du Mérit agricole.



# L'ÉCHO MÉDIC

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de

### COMITÉ DE RÉDACTION :

MM Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Delearde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique  
seur de clinique chirurgicale ; G  
Kéraval, directeur de l'Asile  
De Lapersonne, professeur de  
Looten, médecin des hôpitaux  
ciennes), membre correspondant  
Moty, médecin principal, agrégé  
fesseur agrégé, chargé d'un co  
mont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et J

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard c

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adr

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Varicelle et irritation, par le docteur P. Desoil.  
— L'abcès sous-lingual, par le docteur Lambret. — Sur le pronostic de l'épididymite blennorrhagique double, au point de vue de la fécondité, par le docteur Mariau. — Un cas de rhumatisme cérébral, par le docteur Bommiér. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — VARIÉTÉS. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — BIBLIOGRAPHIE. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Varicelle et Irritation

par le Docteur P. Desoil, Chef de clinique médicale à la Faculté

Le système tégumentaire, autant que les autres appareils de l'économie, donne une vérification constante de cette loi de pathologie générale : savoir que les déterminations morbides s'effectuent là surtout où la résistance est moindre.

C'est ainsi que les syphilides sont particulièrement confluentes et tenaces dans les territoires affaiblis par les lésions nerveuses centrales ou périphériques (CHARMEIL et BOULOGNE) ou encore aux points soumis à des causes d'irritation ancienne ou récente (LELOIR et CRÉPIN). De même pour les autres affections dermatologiques, quelle que soit leur nature.

Dans les fièvres éruptives, cette influence des diverses causes d'irritation de la peau peut être de la plus grande importance parce qu'elle peut modifier du tout au tout les caractères propres de l'éruption primitive ; et en second lieu donner à la maladie un

caractère de malignité *second*  
fait de la virulence première  
formes confluentes cette influ  
parce que l'éruption, par sa  
frappe indifféremment toutes  
ment, irritées ou non irritée  
crêtes, au contraire, cette infl  
par suite de la localisation plu

Nous ne nous occuperons ic  
est un type par excellence d  
tuellement discrète.

La varicelle est très commu  
qu'elle y est à l'état endémic  
l'année, elle détermine de p  
souvent limitées à un quarti  
toute la population infantine  
tagion se fait habituellement c  
et les crèches. Ces épidémic  
toujours été bénignes, et on  
Nord de la France de cas de  
maligne (varicelle hémorrhag  
ou gangréneuse), comme on e  
en Allemagne et en Suisse.

Mais si la varicelle malign  
primitif — est rare, il n'en es  
dents secondaires, appelons-l  
ques, qui peuvent survenir  
cours et à la convalescence d  
celle, si bénigne soit-elle p  
suivie de complications se



ent intense, presque confluyente, hors de  
on avec les allures discrètes de la varicelle,  
é de l'attribuer à l'irritation de la peau par  
e d'iode puisqu'elle a été exactement circons-  
région intéressée par le topique.

La varicelle ne réagit pas seulement, vis-à-  
auses d'irritation, par de la confluence de ses  
. Elle peut être modifiée dans sa lésion élé-  
; de vésiculeuse devenir spontanément pus-  
Dans ce cas, la vésicule primitive, au lieu de  
r et de devenir croûteuse le troisième jour,  
que, se transforme en pustule qui suppure. La  
bit une nouvelle ascension, monte à 39° ou  
te élevée pendant toute la durée de la suppu-  
uis, s'il ne survient point de complications,  
irritation se tarit au bout d'une huitaine, la  
mbe, les pustules se séchent et laissent une  
blanche, indélébile. Bref, la maladie prend  
ution de variole.

d'autres cas, les accidents suppuratifs  
nt, envahissent le tissu cellulaire, peuvent  
s organes profonds et se généraliser ; d'où la  
accidents paravaricelliques que nous étudie-  
is loin et dont la terminaison est habituel-  
mortelle.

tion varicellique peut n'être confluyente et  
se qu'aux endroits irrités et rester discrète  
leuse dans les autres points. Elle peut aussi  
uleuse dans sa totalité, si la cause d'irritation  
toute la surface du tégument.

Il nous relater quelques observations se rap-  
à l'un ou l'autre de ces divers cas.

La première observation est comparable à celle  
LARD, précédemment citée : Jeune fille de  
, ayant des râles de bronchite, badigeonnée à  
re d'iode deux jours avant l'éruption. L'érup-  
cellique apparaît très confluyente sur toute la  
du dos, irritée par l'iode.

Toutes les vésicules, à  
pustulisent sans exc-  
vement avec cicatrice  
lement se pustulisent

Observation I ( inédite ). — Cœ-  
lymphatique, quelques  
à l'âge de deux ans,  
es à chaque bras. Sait  
n'a pas encore eu de  
malade en mars 1896

sait dans son quartier une épidémie de varicelle qui frappait tous les enfants des écoles. Un matin l'enfant se réveille sans appétit, avec de la fièvre, elle éternue et larmoie, toussé et vomit, son haleine est sifflante. Les parents croient à un simple rhume, et la soignent comme les précédentes fois par des boissons chaudes, une potion calmante, et un large badigeonnage à la teinture d'iode sur toute la surface du dos. Le lendemain les phénomènes semblent s'amender, on ne renouvelle pas le badigeonnage. Mais la nuit suivante, l'enfant est de nouveau agitée, toute la surface dorsale est prurigineuse et l'enfant gratte. Au réveil les parents constatent que cette région est le siège d'un érythème, sur le fond duquel on voit apparaître un semis de petites vésicules miliaires, qui se multiplient rapidement. Le lendemain ces vésicules ont grandi, sont très nombreuses et très rapprochées; on n'en compte pas moins d'une centaine sur la surface du dos comprise entre les épines des omoplates, les lignes axillaires et la région lombaire. En même temps d'autres vésicules ont apparu, mais beaucoup plus rares, à la face, au front et à la marge du cuir chevelu, ainsi que sur la poitrine, sur l'abdomen et sur les membres.

Cette éruption s'accompagne de fièvre, de rachialgie, de céphalée et de douleurs musculaires. La langue est sale, la soif est vive, l'enfant est agitée et sans sommeil.

Les troisième et quatrième jour il semble y avoir une détente. Certaines vésicules, particulièrement celles de la face et des membres se dessèchent et deviennent croûteuses. Mais le jour suivant, la fièvre monte de nouveau; simultanément toutes les vésicules apparues sur le dos s'entourent d'une auréole inflammatoire et se pustulisent, c'est-à-dire s'ombiliquent à leur sommet, par une dépression en cupule de leur cuticule, qui, bientôt, se rompt et donne issue au pus au bout de quelques jours. Il est à remarquer qu'ici la pustulisation de l'éruption s'est faite d'emblée, les mêmes jours, dans tous les points du tégument irrité; et non pas successivement, de proche en proche, à partir d'une vésicule première excoriée et infectée, comme on voit par exemple des pustules d'ecthyma ou des furoncles se développer peu à peu en rayonnant tout autour d'une cicatrice de vésicatoire mal soignée.

Tandis que la presque totalité des vésicules se pustulisent dans la région irritée par l'iode, au contraire, dans les autres parties du corps, l'éruption reste simple, c'est-à-dire vésiculeuse. Quelques éléments seulement se transforment en pustules, à la région lombaire, sur l'abdomen et les cuisses.

A partir du huitième jour toutes ces pustules suppurent, le dos de l'enfant est devenu une véritable écumoire; on ne compte pas moins de 60 à 75 pertuis suppurant. L'enfant est couchée sur le ventre, se plaignant d'une façon continuelle, avec une fièvre élevée, du délire, et un mauvais état général. Cependant il ne se produit point de complications viscérales sérieuses.

Après le quinzième jour, il se fait une détente, beaucoup de pustules se tarissent et se sèchent; les grosses pustules et les pustules cohérentes seules

suppurent encore pendant quelques jours. Quelques-unes donnent naissance à de gros furoncles et de petites collections purulentes locales sous-dermiques que l'on ouvre et qui guérissent au bout d'une quinzaine de jours.

Enfin, au bout d'un mois, toute trace de suppuration a disparu et l'enfant entre définitivement en convalescence. Elle est extrêmement débilitée, presque cachectique. Cependant, après trois mois de bons soins et grâce à une alimentation reconstituante à la campagne, elle ne tarde pas à reprendre un florissant état de santé.

Elle garde de sa maladie de nombreuses cicatrices. La région dorsale est véritablement tatouée; on ne compte pas moins de soixante-quinze à quatre-vingts cicatrices blanches chagrinées, de grandeurs diverses, très rapprochées les unes des autres, quelquefois même se touchant et d'aspect corymbiforme. Ailleurs, les cicatrices sont très peu nombreuses, très disséminées, et très peu apparentes; on les retrouve avec peine dans les plis du tégument; nous avons noté plus haut leur répartition.

En résumé, bien que d'aspect variolique, la nature varicellique de l'affection ne doit pas faire l'objet d'aucun doute. La maladie est survenue dans le cours d'une épidémie de varicelle; dans la même maison, quelques jours après celle-ci, deux frères, l'un plus jeune, l'autre plus vieux, ont également fait la varicelle, mais chez eux la varicelle a été classique, c'est-à-dire bénigne et terminée en quatre ou cinq jours.

Enfin notre sujet avait été vacciné d'une façon efficace l'année précédente et il n'existait dans l'endroit aucune épidémie de variole ou de varioloïde.

C'était donc bien une varicelle, mais varicelle transformée par irritation et devenue varioliforme.

OBSERVATION II ( inédite ) ( Communiquée par M. le docteur Delhaye ). — En voici le résumé :

C'est également pendant une épidémie de varicelle. Un enfant de deux ans et demi, de constitution médiocre, ayant quelques antécédents de lymphatisme (adénopathies cervicales, impétigo, eczéma impétiginisé, blépharite), présente les symptômes précurseurs de la maladie : état fébrile, langue saburrale, anorexie; quelques vésicules discrètes sur le tégument.

La nuit, il est extrêmement agité : les parents craignant des convulsions (l'enfant en avait déjà eu antérieurement), le mettent de leur chef dans un bain chaud fortement sinapisé, pendant dix minutes.

Cette révulsion énergique de la peau donne immédiatement un coup de fouet à l'éruption. De discrète la veille, elle devient très confluyente le lendemain : on compte de 500 à 600 vésicules et bulles de toutes dimensions. Les jours suivants, la plupart de ces vésicules continuent leur évolution : elles deviennent spontanément pustuleuses et suppurent. Un petit nombre seulement de vésicules se dessèchent et s'encroûtent sans aller plus avant. Pendant toute la période de suppuration, la fièvre est très élevée, et l'état général est mauvais. Cependant, malgré des accidents locaux (quelques abcès dermiques et ganglionnaires), malgré

autrement que les autres fièvres éruptives. entrons ici dans le domaine des faits connus, écrits et publiés par les auteurs. Ce serait faire emploi que de s'y attarder. Nous nous bornons à rappeler quelques observations venant à l'appui des énoncés.

(*Thèse de Paris*, 1888) donne plusieurs cas de le grave furonculaire et anthracéide.

UEHAYE (1894) rapporte un cas mortel de vari- uivi de pyohémie à streptocoque avec endo- et arthrites suppurées.

NER (*Annales de la Suisse Romande*, XII) signale és à streptocoques développe à la suite de le au niveau d'un cal d'ostéotomie.

ET (*Thèse Paris*, 1895) cite l'observation d'un de vingt-sept mois avec varicelle pustuleuse ée, immédiatement suivie d'accidents pyogènes tylocoques très graves : nombreux abcès der- et sous-dermiques criblant la peau, phlegmons, de broncho-pneumonie, empyème, et mort. Autopsie on trouve les lésions ordinaires de la nie avec de petits abcès métastatiques dans viscères.

ION 1890, BOKAI 1888, BUCHLER 1889 rapportent ent d'autres observations caractéristiques.

ésumé, il faut savoir que la varicelle, plus que tre maladie éruptive, peut réagir avec la plus facilité vis-à-vis des moindres causes d'irri- et d'infection de la peau, d'abord par la con- de son éruption, puis par la pustulisation de sicules, et enfin par des complications infec- graves du côté des téguments ou des viscères. me conclusion pratique il est à retenir : qu'il ident de s'abstenir complètement, pendant la e prodromique, ainsi que pendant la période ion d'une varicelle, de toute manœuvre pou- riter la peau : telle que onnages, sinapisations u'il faut combattre le els, afin d'éviter tout r au besoin antisepti- e.

1, si la peau est déjà e sion ou affection anté beaucoup de soin à l et à couvrir la peau d'

Par ces moyens on a



bles du côté de la langue sont tout à fait insignifiants, l'organe est en effet à peine gêné par le développement de la tumeur. Dans la glossite profonde, affection également très rare, on note même début brusque, même marche rapide, mêmes troubles fonctionnels, mais la langue participe davantage à l'inflammation, elle est œdématiée et phlegmasique dans toute sa masse ; au lieu d'être simplement soulevée comme dans l'abcès sous-lingual, elle est gonflée et tendue en quelque sorte à la fois en avant, en arrière, latéralement. Le diagnostic ne deviendrait réellement difficile que si la glossite était limitée à la base de la langue, mais c'est une affection qui n'aboutit à la suppuration que dans des conditions tout à fait exceptionnelles.

L'abcès sous-lingual, on appliquera le traitement qui convient à tout abcès, c'est-à-dire l'évacuation. Les auteurs recommandent de pratiquer l'ouverture par la voie buccale. Ce procédé a le mérite d'éviter la cicatrice visible. Sans doute, si la collection venait à pointer sous la langue, si les dents pouvaient être écartées, cette conduite serait très logique ; mais il est rare, il existe presque toujours de la congestion des mâchoires et le siège exact de la suppuration n'est pas toujours déterminé. Au surplus, l'incision par la bouche ne peut être pratiquée à un angle décliné et expose aux dangers d'une communication de la cavité buccale avec une poche purulente. Nous pensons donc que l'incision cutanée sous-mentonnnière est préférable. Mais nous rejetons autant que possible le tracé proposé par BECKEL, qui incise transversalement. L'incision médiane antéro-postérieure que nous l'avons pratiquée ne court pas le risque d'encontrer un vaisseau important, et la cicatrice qu'elle laisse, complètement dissimulée derrière le menton, peut être considérée

---

**le pronostic de l'épididymite  
au point de vue de**

le Dr **Mariau**, Médecin aide-major

---

de opinion assez générale  
il veut que les sujets atteints  
d'hémiparésie double restent fratriques  
ion est adoptée par beaucoup  
mment (*Soc. de chirurgie*, s  
rès distingué spécialiste, A  
asson sur les effets de l

déferents, a émis l'appréciation suivante : « La section est assimilable à l'obstruction qui se produit à la suite des épидидymites blennorrhagiques, et l'on sait que de tels malades, *inféconds*, ne sont pas impuissants. »

D'autre part, on entend souvent dire que tel ancien blennorrhagique, autrefois atteint d'une orchite double, s'est marié et a eu plusieurs enfants. Les méchants diront que ce n'est pas une raison suffisamment démonstrative de son retour à la fécondité. Scientifiquement, il est certain que la seule preuve irrécusable de ce retour, c'est la constatation du spermatozoïde dans le produit de l'éjaculation.

Les deux observations suivantes montrent qu'en effet l'épididyme peut revenir perméable aux éléments reproducteurs et qu'une ancienne orchite double n'empêche pas qu'on soit le vrai père de ses enfants.

I. — M. X..., atteint d'une vieille goutte militaire, sur le point de se marier, nous demande nos soins. Il a eu une orchite à bascule, des noyaux indurés dans les deux épидидymes en font foi.

La goutte recueillie est étalée sur une lame de verre et colorée au violet pour la recherche du gonocoque. De nombreux spermatozoïdes se montrent dans le champ de la préparation.

Deux mois après, mariage et mariage fécond.

II. — M. Z... va se marier et nous confie qu'une ancienne orchite double lui inspire des inquiétudes sur sa capacité reproductrice. Sur nos indications, il recueille le produit d'une tache séminale (procédé des médecins légistes ; humectation de la tache, râclage, étalement sur verre du liquide louche obtenu) et le donne à notre examen. La préparation se montre remplie de spermatozoïdes.

— Comment se rétablit la perméabilité du canal épидидymaire ? L'anatomie pathologique n'a pas élucidé ce point intéressant, sans doute à cause de la rareté des occasions où elle pourrait s'exercer, et on en est réduit à des hypothèses.

Dira-t-on que le canal épидидymaire a repris son calibre dans toute son étendue ? C'est difficilement admissible. Ce canal, mille et mille fois replié sur lui-même, atteint une longueur de six ou sept mètres ; son diamètre total est inférieur à un demi-millimètre, sa lumière est de 150  $\mu$ . Une couche musculaire lisse, tapissée d'une seule couche de hautes cellules ciliées, en constitue la paroi. Au cours de l'épididymite, le tissu conjonctif qui unit entre elles ses flexuosités, subit une hyperplasie énorme. Les anses du canal sont aplaties, obstruées, tiraillées, peut-être rompues, finalement enserrées et comprimées dans le tissu de cicatrice qui succède au processus inflammatoire.

Est-il possible qu'au mi-  
cielle persistante (le noyau  
dymites), le conduit rep  
sept mètres son calibre pri  
Et la croyance générale à  
ne vient-elle pas de la dif  
un pareil processus de res

Si le noyau siège dans l  
tomie normale permet  
épидидymaire puisse rest  
de son étendue, sans qu  
empêchés de gagner le c  
spermatozoïdes élaborés  
testicule, se rassemblent  
bile, dans le *corps d'High*  
caverneux à la coupe et c  
anastomotiques. Du corp  
quinze canaux (les cônes  
théoriquement suffire à  
(puisqu'elles sont anastor  
jettent dans le conduit  
différents de son trajet,  
rivière. Supposons qu'un  
efférents et toute la porti  
sur laquelle s'échelonnent  
obstrués ; s'il reste en ara  
perméable, celui-ci suffir  
cation entre toutes les cav  
la portion restée saine de

Cette hypothèse n'est  
aux cas où l'obstruction  
de l'épididyme, mais ne p  
la masse cicatricielle se cr  
de cavités irrégulières et  
aspect comparable à celu  
perte de bien des segments  
plus alors d'effet fâcheux.  
veau réseau caverneux pe  
tions à distance entre les p  
spermatozoïdes, par ces cl  
en fin de compte, arriver

Mais ce ne sont là que  
retenir, c'est le retour inté  
des fonctions de l'épididy  
contradictoires qui circule  
a semblé qu'il n'était pas  
ici des preuves décisives.

u matin. Le coma avait duré deux heures environ. Le traitement classique avait été suivi. Le salicylate ordonné en solution alcoolisée pendant quelques jours, avait été abandonné aux premiers symptômes d'intolérance (vertiges, bourdonnements). Il avait été remplacé par des enveloppements au salicylate de méthyle qui avaient amené eux aussi une amélioration. La malade prenait quelques pilules de salicylate.

Toutefois le devoir de chercher à faire le diagnostic le plus complet.

Un empoisonnement salicylique ne pouvait être en cause devant ce seul fait : la malade n'avait pas pris de salicylate depuis quinze jours ;

Une hémiparésie ? Le rein peut s'arrêter subitement, les convulsions comateuses peuvent être presque instantanées. Une myosis existe dans la plupart des cas et si l'élévation de la température est fréquent, les hémiparésies ne sont pas rares.

Des troubles, tant au point de vue de l'albumine qu'à celui des autres matières excrémentielles, n'ont rien de particulier. La malade avait encore uriné abondamment avant l'invasion du coma.

Une embolie eût pu provoquer de l'hémiplégie, mais le cœur était sain et le souffle relevait de l'anémie que d'une lésion valvulaire.

Une thrombose dans les veines cardiaques ne pouvait pas avec la vaillance du cœur dont les vaisseaux étaient amples et vigoureux. Il faut citer comme hypothèses, pour être complet, les thromboses de l'artère droite ou de l'artère pulmonaire.

Une méningite de la convexité de nature rhumatoïde a duré plus longtemps. Elle est précédée de symptômes et elle peut brûler les étapes sans les laisser apprécier.

Une anémie cérébrale

est même de l'ordre

de rhumatisme

et cliniquement

inconnue.

Il paraît que l'élévation

de l'accroissement

DUBOIS-RAY

de l'excitabilité

à la température dépassant

la température normale

trouve dans les

troubles et des v

la substance







poses, beaucoup trop prolongées, occasionnèrent une brûlure profonde s'étendant sur une partie de la cuisse et sur le bas-ventre ; — Que cependant, dès la première fois, des indices de brûlure s'étaient produits qui auraient dû attirer l'attention du docteur RENAULT ; — Que celui-ci a donc commis une faute opératoire et une grave imprudence qui engagent sa responsabilité professionnelle.

A l'appui de ses affirmations, le demandeur verse aux débats un certificat du docteur ROUSSEAU, en date du 21 octobre 1898, dans lequel ce médecin déclare que, lorsqu'il a donné ses soins à la dame MACQUAIRE, du 17 juin au 25 juillet, la plaie dont elle souffrait à cette époque « avait tous les caractères d'une vaste brûlure, au troisième degré, occasionnée, sans aucun doute, par l'application, trois fois répétée, des rayons X, sur la région soignée ».

De son côté, le défendeur, le docteur RENAULT, répond qu'il admet l'exactitude du récit de MACQUAIRE, en ce qui concerne le nombre et les dates des poses, et qu'il est également d'accord avec lui sur la durée des deux dernières, puisqu'on lit ce qui suit dans sa lettre adressée au docteur ROUSSEAU : « Je n'ai décidément pas de chance avec votre cliente, ses tissus présentent une résistance telle au passage des rayons X que quarante cinq minutes de pose ont été insuffisantes pour donner une épreuve pouvant éclairer encore le diagnostic... Nous allons voir si votre cliente veut bien poser, recommencer encore et j'espère qu'avec une pose d'une heure un quart, nous aurons une bonne épreuve ».

En outre, il reconnaît, dans sa lettre du 10 mai 1898 adressée à MACQUAIRE, qu'une inflammation de la peau s'est produite, à la suite de l'application des rayons X. On relève, en effet, dans cette lettre, le passage suivant : « ... c'est même la première fois qu'il m'arrive d'avoir de l'érythème, cette inflammation fréquente de la pose consécutive à l'application des rayons X ».

Mais il soutient qu'en l'état actuel de la science, la nature et la cause d'un semblable accident sont inconnus ; que, d'ailleurs, depuis un an, la dame MACQUAIRE a essayé les traitements les plus divers, et que ce sont probablement ces traitements qui ont eu pour résultat de transformer une plaque de chaleur épidermique en une vaste plaie ; qu'en tous cas, il s'est conformé aux pratiques enseignées, chaque fois qu'il a fait poser la dame MACQUAIRE, et que, dans ces différentes opérations, on ne saurait relever à sa charge une faute quelconque de nature à engager sa responsabilité.

On comprend qu'en présence de ces affirmations et appréciations si opposées, le tribunal soit resté perplexe. Aussi, pour se tirer d'embarras et s'éclairer sur, dit-il, « ces questions techniques, d'un caractère tout particulier, qui ne peuvent être résolues sans une instruction préalable, il reconnaît sagement la nécessité de recourir lui-même à une expertise.

Ce pourquoi, « Avant faire droit, il nomme d'office expert M. le docteur BROUARDEL, doyen de la Faculté de médecine de Paris, à l'effet, serment préalable prêté devant le président du Tribunal, s'il n'en est dispensé par les parties, de visiter la dame MACQUAIRE, d'indiquer si les lésions, dont elle est atteinte, ont eu pour cause certaine et unique les applications trop mul-

tiples, trop rapprochées ou trop cas de l'affirmative de dire « actuel de la science, que l'opération commise par le doc-

» Dit que, pour remplir « tradictoirement les parties et tourera de tous renseignements assister d'hommes de l'art de

« Dit qu'il consignera le rapport, qui sera déposé au être, par les parties, conclu, « appartiendra, etc... »

Nous tiendrons nos lecteurs l'expertise du docteur BROUARDEL bunal de la Seine donnera en

Consulter, sur les *Applications Radioscopie aux sciences* » teur CHARMEIL, dans l'*Echo*.

## NOUVELLES &

### UNIVERSITÉ

M. le docteur CALMETTE, roi des Belges, les insignes Léopold. Nous adressons à nos sincères félicitations.

### SOUTENAI

M. G.-L.-J. DUPUIS, ex-élève d'Armentières (Nord) sa thèse de doctorat (5<sup>e</sup> série) pour servir à l'étude de la

### Distinction

Sont nommés : *Officiers* de docteurs ANDRÉ, GUIRAUD, Faculté de Médecine de Montpellier de Montélimar.

*Officiers d'Académie* : MM. HÉRET, de Paris ; MARIE et chef de laboratoire à l'Insti-

### NÉC

Nous avons le regret d'annoncer le décès de MM. les docteurs BOSSON, BONIN, médecin de la Comté l'Ouest ; TOUZELIN, ex-intendant BEAUME, de Cormery (Indre) (Haute-Garonne) ; CHAMAY (Haute-Garonne) ; KIRCHBERG, a Médecine de Nautes (Loire) du sanatorium maritime Orientales) ; MARTIN, de D notre confrère reçoive l'expression de nos condoléances.

La Caisse des Pensions françaises a tenu, le 9 avril, sous la présidence de M. le



# L'ÉCHO MÉDICAL

## ABONNEMENT

6 fr. per sq. ft.

**Paraissant à Lille le Dimanche Matin.**

**Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté**

**COMITÉ DE RÉDACTION :**

**MM. Barrois**, professeur de parasitologie à la Faculté; **Bédart**, professeur agrégé de physiologie; **Calmette**, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; **Carrière**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Carlier**, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; **Oharmeil**, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; **Delearde**, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

**MM. Dubar**, professeur de clinique de clinique chirurgicale ; **Kéval**, directeur de l'Assistance publique ; **De Lapersonne**, professeur de clinique chirurgicale ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Moty**, médecin principal, agrégé ; **Montaut**, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs **POTEL**, chef de clinique chirurgicale et

**Rédaction et Administration** (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard

**Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'**

Le numéro de l'« *Echo Médical du Nord* » du dimanche 7 Mai sera un numéro exceptionnel, exclusivement consacré à l'ARCHÉOLOGIE MÉDICALE LILLOISE. Il contiendra de nombreux et importants extraits d'un travail auquel l'auteur met, à cette heure, la dernière main, et dont il veut bien nous communiquer les bonnes feuilles : Les Hôpitaux littés disparus, par M. le professeur H. FOLET

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Etiologie et prophylaxie de la rougeole, par le docteur **H. Surmont**. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES ; Compte-rendu de la séance du 24 avril 1899 de la Société Centrale de Médecine du Nord : Hémiplégie droite et polycéphalie inférieure, par le docteur **Ausset**; Lambrie noué dans l'intestin, par le docteur **Combemale**; Contusion de l'abdomen et fracture du crâne, par le docteur **Lambret**. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS: La fièvre dans la convalescence de la fièvre typhoïde, par le docteur **Potain**. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Étiologie et prophylaxie de la rougeole

par le docteur **H. Surmont**, professeur à la Faculté de médecine

Bien que la rougeole soit la plus fréquente des fièvres éruptives, des points fort importants de l'étiologie et, par suite, de la prophylaxie de cette affection sont encore en discussion; c'est ainsi que la durée exacte de la période de contagiosité, les conditions de résistance du germe morbillieux, questions qui paraissent résolues il y a quelques années, ont été de nouveau mises en discussion.

**Gravité et fréquence de la rougeole.** — De toutes les maladies zymotiques (les affections tuberculeuses étant comptées à part dans les statistiques), la rougeole est celle qui fait le plus de victimes chez les enfants après la coqueluche et les diarrhées infantiles. Et encore, dans beaucoup de courbes urbaines, voit-on la rougeole et la coqueluche avoir une valeur à peu près égale. — A

**Lille, en 1897, sur 2.564**  
**sujets de 0 à 5 ans, la rou**  
**1 sur 15,7 ; l'année précéder**  
**d'épidémie notable, elle a f**

Les infections gastro-intestinales sont la cause de la mort de plus d'enfants que la rougeole dans le pays de Galles, il y a eu, en 1950, 1.259.860 décès de tout âge, dont un tiers chez des enfants. Sur ce chiffre, on trouve que 120.945 ont fait la rougeole et 120.945 ont fait la scarlatine. On fait la remarque que souvent les infections sont consécutives à la rougeole. Dans les statistiques, portée par exemple aux bronchopneumonies — si, d'autre part, on se réfère à la rougeole atteinte son nombre, non portée dans le rapport anglais que nous venons de citer, vaincu que les méfaits de la rougeole sont considérables dans la réalité. Les chiffres de la statistique et de la pratique sont assez près de la vérité en admettant qu'il y a fait guère que quatre fois plus de décès par diverses diarrhées de l'enfance que par la rougeole.

La rougeole étant assez spécifique de la mortalité qu'elle inflige, mal sur sa fréquence ; celle-ci est appréciée et l'on manque de faire dans la population civile de celles dont la déclaration est un coup de cas passent inaperçus.

---

qui auraient pu l'infecter, et comme quatorze jours est justement — vations de PANUM — la durée habitation (comptée jusqu'à l'éruption), ainsi déduite paraît logique. En l'absence d'arguments probants, PANUM considère comme contagion se fasse dans les périodes de squamation.

LYR (de Vienne) et GIRARD (de Marseille) en 1869 et 1871, donnèrent les premières rougeole transmise à la période pro-ociété Médicale des Hôpitaux, où eut sation de GIRARD, TRIBOULET et Henri seuls à affirmer la possibilité de la période d'invasion, que niaient tous lependant l'idée nouvelle gagnait du en 1872 et en 1876, LANCEREAUX, rent de nouveaux faits à l'appui : et même opinion devenait classique. urs qui, depuis lors, ont contribué à inion, il faut citer BÉCLÈRE (1882), BER (1886-1889), et BARD (1891). Les plus catégoriques à cet égard sont ai admet que la contagion est possible être même quatre jours avant l'éruption ; et qu'elle se fait habituellement avant l'éruption. Cette opinion est classique.

*de la rougeole à la période prodromique*  
et dans l'étiologie de cette maladie. Pourquoi les mesures prophylactiques sont-elles si souvent inefficaces ? et pourquoi l'isolement en particulier est-il si souvent inefficace. Aussi, comment l'effort des nosologistes se porte-t-il sur la découverte d'un agent étiologique, sans permettre un examen plus approfondi de la nature de la maladie ? Il est naturellement possible que des foyers épidémiques existent dans cette direction.

ont signalé de légers symptômes prodromiques, mais ces symptômes ne se trouvent pas dans les périodes de latence. Le Dr. J. B. (Marseille) a observé des éruptions de pointillé rouge, précédées de quelques jours de la période

LABBÉE a trouvé pendant l'incubation des élévations de température d'un degré ; MEUNIER déclare n'avoir observé pareil fait qu'en cas d'infection concomitante : diarrhée, angine..., au cours de laquelle survenait la rougeole ; GRANCHER déclare aussi que la fièvre ne précède pas l'exanthème, mais arrive avec lui.

DIEULAFOY dit que l'incubation est ordinairement silencieuse, cependant il a pu voir dans certains cas des élévations de température, du malaise, de la toux, du coryza. Il a même signalé des érythèmes passagers ; pour BARRIER ces érythèmes sont de simples coïncidences, ou peut-être des rash précoces analogues de ces rash de la rougeole dont ROBERT a fait l'histoire dans sa thèse.

Plus récemment KOPLIK (de New-York) décrivait un signe très précoce que HAWGH a retrouvé 76 fois sur 84 cas ; il consiste en une éruption de taches blanc-bleuâtre siégeant sur la muqueuse buccale.

Enfin MEUNIER a signalé un nouveau symptôme de la période précontagieuse ; il l'appelle chute prémorbilleuse. Il l'a observé sur des enfants de 1 à 5 ans ; il consiste en une chute de poids atteignant en un temps moyen de six jours, un total moyen de 310 grammes, soit une perte quotidienne de 50 grammes environ en moyenne. Cette chute prémorbilleuse du poids débute vers le quatrième ou cinquième jour, à partir de la contagion, c'est-à-dire cinq ou six jours avant l'apparition des premiers symptômes catarrhaux et fébriles, huit ou dix jours avant l'éruption. Sur 45 cas il a trouvé 43 fois cette chute prémorbilleuse.

Aucun de ces symptômes n'a jusqu'à présent acquis de valeur véritable. Seuls, ceux qui ont été signalés par KOPLIK et par MEUNIER devront être recherchés avec soin chez les enfants non immunisés, mis au contact avec des enfants atteints de rougeole. Des recherches méthodiques poursuivies dans cette direction seront peut-être susceptibles de fournir enfin à la clinique un signe suffisamment précoce pour permettre l'isolement des petits malades avant l'apparition du catarrhe. L'érythème palatin sur lequel M. SEVESTRE insiste comme signe de début de la rougeole est bien, en effet, constant, mais son apparition au moment du catarrhe, c'est-à-dire au moment du début de la contagion, ne lui donne pas la valeur prophylactique qu'aurait un signe positif, perceptible avant le moment où le petit malade va devenir dangereux.

GIRARD, rencontré que la rougeole prodromes même opinion sur la contagiosité de la rougeole est cependant démontré à l'égard de la contagiosité de la rougeole dater de l'éruption.

BÉCLÈRE : cinq jours avant l'éruption, cependant GUINON et DAROLLES a guér, comme les autres, simples et contagiosité.

Plus exactement montrée coïncidence, et, le haut, et, le hôpitaux, M qu'il considérait la rougeole comme convalescence ou de catarrhe.

Voici le tableau de la convalescence : quarante-un jours de la maladie latente dans la convalescence jusqu'à leur départ, latente, le 4 e jour de rougeole ultérieures.

Cette relation est possible d'absence de contagion. Cette situation dans les milieux de l'apparition de la contagion des contagionnés après le p. réserves.

La plupart des tances médicales.

tré, depuis l'observation de PANUM aux îles Féroé, qu'aucun âge ne confère l'immunité vis-à-vis de la rougeole, il est d'observation courante que la maladie est moins grave chez les sujets plus âgés, fait qui ne peut s'expliquer en l'espèce que par une moindre réceptivité, l'infection plus grande des milieux intérieurs chez l'adulte, devant à priori rendre les infections secondaires plus fréquentes chez lui et par conséquent aggraver la maladie.

*La contagion est habituellement directe ; elle peut se faire aussi indirectement par l'intermédiaire d'objets, de linges, de vêtements souillés par le malade. Mais la caducité, l'éphémère virulence du germe, exigent que le transport s'effectue rapidement. L'agent de transport peut, au reste, quoique très exceptionnellement, être un homme (médecin, infirmier...), bien que cette possibilité soit niée par un certain nombre d'auteurs.*

La doctrine que nous venons d'émettre est, à l'heure actuelle, celle de la très grande majorité des médecins. Pourtant certains auteurs tendent à admettre que le virus morbillieux est susceptible de se conserver dans les milieux extérieurs et de reprendre, au bout d'un certain temps, sa virulence. En février 1898, à l'Académie de Médecine, M. KELSCH rapporte à nouveau un certain nombre d'exemples à l'appui de cette manière de voir ; il répète après M. VALLIN que, dans les casernes, il n'est pas rare de voir les épidémies de rougeole se succéder sans réinfection nouvelle, à des périodes excédant la durée de la période d'incubation ; ce qui oblige à admettre une certaine persistance du germe.

Cette persistance pourrait même être très longue. d'après les documents réunis par KELSCH ; par exemple, il cite un cas de rougeole déclarée le 16 avril 1880 chez un soldat, P. . . , du 141<sup>e</sup> ligne, à Avignon. employé au magasin d'habillement, chez médecin-major, ne put découvrir que la manipulation des vêtements ayant appartenu à rougeole en 1878, envoyés en depuis cette époque.

En 1884, dans la même cas de rougeole dont un moine une chambrée « qui avait été point de départ et le foyer épidémie de rougeole ».

« En 1893, le 117<sup>e</sup> de ligne, l'espace de dix-huit jours, dou

époque où la population civile en était complètement indemne. Les médecins du corps rapportèrent ces atteintes, sans origine avérée, à la reviviscence de germes laissés par l'épidémie qui avait sévi dans cette garnison en juillet 1892. »

KELSCH va plus loin encore ; il attribue une épidémie soudaine et isolée de rougeole, observée en 1890, sur le 10<sup>e</sup> hussards, à Commercy, au nettoyage du casernement au moment où le régiment prenait possession du quartier, « opération qui souleva dans l'atmosphère des flots de poussière que les hommes respirèrent pendant plusieurs jours ».

L'enquête étiologique est toujours si difficile à mener, même dans les milieux militaires, qu'à notre avis il est sage, au point de vue scientifique, de n'admettre qu'avec une certaine restriction la réalité des faits exceptionnels rapportés par KELSCH. Mais il serait injuste et peu logique de les rejeter de parti-pris ; nous ne connaissons pas encore la biologie de l'agent de la rougeole : la plus grande prudence est donc nécessaire dans la discussion, et, au point de vue prophylactique, mieux vaut l'exagérer.

Non seulement nous ne connaissons pas l'agent de la rougeole, mais même nous ne savons pas encore d'une façon absolument certaine quels sont les produits morbides susceptibles de le disséminer dans le milieu extérieur. Les sécrétions conjonctivales, nasales, pharyngées et bronchiques sont des agents de propagation. L'expérience clinique le prouve et l'expérimentation l'a démontré à son tour. En 1898, MM. NOCARD et JOSIAS sont parvenus à communiquer la rougeole à des singes sapajous en badigeonnant les narines, la bouche, la gorge et les conjonctives de ces animaux avec du mucus de la gorge d'enfants en pleine éruption morbillieuse.

Ces sécrétions restent-elles, à la période d'éruption, les agents de la propagation du mal, ou bien la propagation peut-elle se faire à ce moment et plus tard par les produits de desquamation cutanée ? C'est un point difficile à élucider actuellement. En tous cas, il n'est pas douteux que le maximum de contagiosité ne se trouve dans le produit des sécrétions muqueuses.

C'est aux sécrétions bronchiques par exemple que « l'air expulsé » par la toux, l'éternuement, la parole, les cris, devrait ses propriétés nocives. A la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, en octobre 1890, M. SEVESTRE déclarait que « l'air

expulsé violemment peut dégorger des produits contagieux sèchent de même que le m etc... et les poussières qui en infectieuse l'atmosphère qui admet toutefois que cette zone assez limitée et ne dépasse gu

M. GRANCHER se refuse à attribuer l'importance à la contagion par les objets souillés par les idées de M. SEVESTRE trouvent confirmation dans les récentes expériences de ses élèves sur l'expulsion, par les tuberculeux, de très faibles quantités de bacilles dans un vase capable de la conservation de leur

La rougeole est parmi les fièvres éruptives celle qui confèrent une plus longue durée à l'exemple en est fourni par les observations de M. FABRICE DE HILDEN, nombre d'auteurs (BLACHE, CHAUSIT, HEDRICH...) remarquent que dans l'épidémie d'avril à octobre, frappa plus de 1000 personnes, seuls les sujets frappés en 1781 et 1846. Aussi y a-t-il lieu de faire à-vis d'un assez grand nombre de rechutes ou de récidives, sur lesquelles publiées il y a quelques années, prétendues récidives sont des r

Il n'y a pas d'autre immunité acquise ; la seule exception que l'on a trait aux enfants de moins de 10 ans pourraient parfois ne pas présenter la même que leur mère en est remarquable observations en Genève) ; une femme enceinte l'éruption survint le lendemain elle contamina ses trois enfants qu'elle allaita et qui ne la qu'elle ni fièvre, ni catarrhe, ni éruption nouveau-nés n'est cependant par FABRICE DE HILDEN, nombre d'auteurs (BLACHE, CHAUSIT, HEDRICH...) tions de contagion intra-utérine

Jusqu'à présent, nous ne nous occupons pas de la rougeole proprement dite, affection étant surtout une grave maladie de l'enfance. Il ne faut pas s'occuper de l'étiologie particulière, de la bronchopneu



important ; les statistiques qui précèdent le montrent déjà ; plus frappant encore est le fait que rapporte LAVBRAN. Après la guerre d'Italie, le Val-de-Grâce fut encombré de malades ; l'érysipèle, la diphtérie y sévirent ; survint une épidémie de rougeole ; il y eut 40 décès sur 125 cas, soit 1 pour 3 ; tous ces malades avaient des rougeoles à début bénin ; ils étaient emportés par les complications qui survenaient au déclin de la maladie.

De même les malades sont plus exposés dans les milieux pauvres ; à Londres (où nombre de familles vivent dans des logements restreints), la mortalité infantile est le double de la mortalité moyenne pour toute l'Angleterre, soit 6,2 au lieu de 3 0 0.

**PROPHYLAXIE.** — La première mesure à prendre pour éviter la propagation de la rougeole est *l'isolement des malades et des suspects*.

*Le malade doit être isolé dès que le diagnostic est possible et il doit rester isolé jusqu'à ce qu'il ne soit plus dangereux.* Or, la durée de la période de contagiosité étant, nous l'avons vu, assez mal délimitée encore, on comprend qu'il y ait sur la longueur de l'isolement quelques divergences entre les auteurs. Douze jours après l'éruption l'enfant pourra sans inconvénients être rendu à la vie courante, si l'on a eu soin de faire une antisepsie soignée de la peau et des muqueuses.

*Les suspects doivent également être mis à l'écart et surveillés pour limiter de suite les foyers épidémiques.* La définition du terme suspect est ici très simple : sont suspects tous les individus en état de réceptivité qui ont subi les contacts de la vie commune, même pendant un temps très court, avec un rougeoleux à la période de contagiosité. La contagiosité de la rougeole est tellement puissante, en effet, qu'« on peut ériger en règle presque absolue que tout sujet non réfractaire, en contact réel avec un contagieux, est préinfecté » (BARD), et cela, à l'orbref délai possible.

La durée de la surveillance doit être naturellement liée à la durée de l'infection. Celle-ci est actuellement estimée qu'elle est de treize à quatorze jours après l'éruption, comme l'a dit PANUM ; ou de neuf à dix jours de l'infection au début ; ou de la durée de la période d'incubation.

fixe chez les enfants, elle ne s'allonge que chez les sujets en état de réceptivité plus ou moins amoindrie.

L'isolement du malade doit évidemment être aussi complet que possible ; rien de contaminé ne pourra quitter la chambre du malade.

Les personnes qui soignent le malade devront autant que possible être en état d'immunité acquise. Comme elles peuvent devenir des vecteurs de la contagion, il est bon qu'elles aient une blouse qu'elles quitteront en sortant ; elles devront aussi se laver la figure et les mains.

Le nettoyage de la chambre se fera avec un linge humide ; on évitera de soulever dans l'air des flots de poussière parmi lesquelles se trouvent les sécrétions desséchées du malade.

Tout ce qui aura servi au malade : draps, chemises, mouchoirs, couverts, sera, dans la chambre même, trempé dans une solution antiseptique ou au moins envoyé humide à la lessive. Il ne semble pas que les urines et les matières fécales puissent être des agents de contamination ; il n'est donc pas besoin de désinfection spéciale en ce qui les concerne. On n'oubliera en aucun cas que le germe de la rougeole étant très fragile, les antiseptiques légers peuvent être employés en toute sécurité. Une propreté rigoureuse au sens médical du mot est même souvent suffisante.

Le meilleur moyen d'éviter les complications (bronchopneumonies, otites, vulvites...) est de veiller à la propreté rigoureuse des régions menacées par l'antiseptie très soignée de la bouche, des fosses nasales, du conduit auditif, de la vulve.

Dans les hôpitaux..., ces mesures suffisent à restreindre dans une large mesure les auto-infections secondaires au moins chez les malades de la ville. La prophylaxie doit être plus sévère encore ; les mesures d'hygiène individuelle seront surveillées de très près et l'isolement rigoureux ; autrefois les rougeoleux étaient mis dans les salles communes, en rapports incessants avec des enfants non immunisés, et les cas de contagion intérieure étaient d'une fréquence dont les chiffres suivants peuvent donner une idée. En 1888, à l'hôpital Trousseau, d'après M. CADET DE GASSICOURT, sur 380 cas de rougeole traités, 110 résultaient de contagion intérieure ; soit 28,94 % ; aucune autre maladie n'atteignait ce chiffre ; varicelle, 19,35 % ; scarlatine, 15 ; diphtérie, 9,91 ; coqueluche, 6,61.

Étant donné la précocité de la contagion, il faut de toute nécessité, à l'hôpital, isoler les douteux ;

l'idéal se  
une fois  
seraient e  
lits ; les  
spéciales  
nant qu'u  
dès la po.  
d'attente  
favorise l

L'isole  
méthode  
écarte les  
rend déjà  
à mettre  
ville, à c  
tions, pa  
à l'hôpita  
bonne ins  
rougeole  
effet être  
nombre d  
tion faisa  
massives  
coûteux.  
querra da  
peut avoi  
du signe  
encore.

Parmi  
se dévelo  
crèches, t  
que les s  
de l'école  
vement. l  
geoleux  
à dater d  
cet isolen  
cessation  
prescrit d  
générales  
lileries et

Pour  
M. Bann  
huit jours  
jour après  
(de Tourn  
l'école du  
facilemen

es sujets comme, c'est-à-dire douzième jour atteints sont se. La formule tient davantage à incubation

VESTRE a propos phénomènes dies infectieux qu'ils puissent ons et enrayer un moyen de icé à l'utiliser ns l'Amérique blique.

e survient une liquées sont en oquer le licen- une désinfection d'abord u'elles sont les le sont le plus

la rougeole est roir de décrois- st que l'isole- dans la béli- au-dessus de r la rougeole ins médicaux, rougeole étant race humaine de réceptivité, rsiste.

nt dans la fra- e aux milieux tant, si éphé- it-il pas mieux ffecter pour la tres maladies. ul n'a pu dimi- les hôpitaux ; opsie prophy- en ville et de abits, le linge, foyers épidé-

miques, on diminuera la durée de l'isolement à imposer aux malades. Toutefois cette opinion n'est pas admise de tous. M. BARD n'a jamais vu la rougeole survenir chez l'hôte d'un local quitté depuis un jour par un rougeoleux ; il dit qu'il ne prescrit plus la désinfection des locaux ou écoles et qu'il n'a jamais eu à le regretter. Pour lui l'assainissement spontané du milieu est plus rapide que les préparatifs de la désinfection.

Malgré cet avis, il n'est jamais nuisible de désinfecter un local ou des objets ; nous connaissons insuffisamment les conditions de vie du germe morbilieux et nous ne pouvons pas rejeter *a priori* les observations de persistance du germe parce qu'elles sont exceptionnelles. La persistance et l'accroissement de la rougeole indiquent l'insuffisance des moyens qu'on lui oppose, pourquoi ne pas utiliser contre elle les procédés qui ont si bien réussi contre les autres affections ? l'isolement ne suffit pas à la faire décroître : ajoutons-y la désinfection, ne fût-ce que pour purger le milieu des agents de complications secondaires pour lesquels la destruction spontanée est loin d'être démontrée. La rougeole, on l'a vu par les chiffres que nous avons cités au début, est un fléau qui compte, c'est un devoir patriotique pour les hygiénistes et les médecins de ne pas l'oublier et de faire disparaître du public l'erreur si accréditée de sa bénignité.

Et c'est ici le lieu de signaler aux médecins de campagne qu'ils pourraient contribuer utilement à élucider les points encore obscurs de l'étiologie et de la prophylaxie de la rougeole. Dans les milieux où ils exercent, la moindre densité de la population, les contacts moins fréquents, rendent les conditions de contagion moins complexes et les enquêtes étiologiques plus faciles. C'est à eux qu'il appartient d'éclaircir ces questions soulevées tout récemment et si controversées de la persistance et de la reviviscence de l'agent de la rougeole.

#### INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- 1827. Dictionnaire de médecine. Béchel, éditeur. Rougeole, par GUERSENT.
- 1851. PANUM (de Copenhague). Du mode de transmission de la rougeole. *Arch. gén. de méd.*, tome 25.
- 1854. BARTHEZ et RILLIET. Maladies des enfants, t. 3. Rougeole.
- 1876. FORSTER. Du mode de propagation de la rougeole. *Jahrb. fur Kinderheilk.* août 76, t. X, p. 164.
- 1879. GAUTIER (de Genève). De la rougeole dans l'état puerpéral et pendant la grossesse. *Annales de gynécologie*, mai 1879.
- 1882. BÉCLÈRE. De la contagion de la rougeole. *Thèse de Paris*.

1882. H. BOURRU Mesures prises à Rochefort contre les épidémies de rougeole de la garnison. *Rev. d'hygiène*, février 1882.
1886. SEVESTRE. Sur la durée de l'incubation et sur la contagion de la rougeole. *Rev. des mal. de l'enfance*, juillet 1886.
1888. GONTIER. Nature et prophylaxie de la broncho-pneumonie des rubéoleux. *Thèse de Lyon*.
1889. SEVESTRE. Sur le mode de transmission de la rougeole et de la diphtérie. *Soc. méd. des hôp.*, 22 février.
1889. CADET DE GASSICOURT. Du mode de transmission des maladies infectieuses dans les hôpitaux d'enfants. *Soc. méd. des hôp.*, 8 mars.
1889. RICHARD. De l'isolement individuel dans la rougeole. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 22 mars.
1889. COMBY. Rapport sur la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants. *Soc. méd. des hôp.*, 10 mai.
1889. SEVESTRE. Prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles et les lycées. *Revue d'hygiène*, août 89.
1889. VALLIN. Isolement et désinfection dans les hôpitaux d'enfants. *Revue d'hygiène*, mars 89.
1890. GRANCHER. Essai d'antisepsie médicale. *Revue d'hygiène*, juin 1890.
1890. SEVESTRE. Antisepsie et isolement. *Revue d'hygiène*, octobre 1890.
1891. BARD. Epidémiologie de la rougeole. *Revue d'hygiène*, mai 91.
1895. G. GRANCHER. Article rougeole, *Traité de médecine de BROUARDEL, GILBERT et GIRODE*, tome I.
1895. The notification of measles. *Brit. med. journ.* n° 1850-1851.
1896. WYNTER DLYTH. The notification of measles and hospital accomodation. *Brit. med. journ.* 1896, p. 610.
1896. ROSET. Les rashes prééruptifs de la rougeole. *Thèse de Paris*.  
— BARBIER. La rougeole. *Bibl. CHARCOT-DEBOVE*.
1897. CATRIN. Un cas de contagion de la rougeole après la période prééruptive. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*.
1897. RENARD. Rougeole contagieuse pendant la convalescence. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 21 mai.
1897. SCHREKENS (de Tournai). Prophylaxie des épidémies de rougeole dans les écoles. *Semaine médicale*, 2 juin 97.
1897. COMBY. Art. Rougeole. *Traité des maladies des enfants*, de GRANCHER, COMBY et MARFAN, tome I.
1898. JOSEPH PRIESTLEY. Moyen de réduire la mortalité infantile à l'égard de la rougeole et de la diarrhée. *Anal. de CATRIN*, in. *Rev. d'hygiène*, août.
1898. J. CARTERET. Contagion et prophylaxie de la rougeole. *Presse méd.* 6 juillet.
1898. A. JOSIAS. Recherches expérimentales sur la transmissibilité de la rougeole aux animaux. *Méd. mod.* mars.
1898. MARYAUD. Etiologie et prophylaxie de la rougeole dans l'armée. *France Médicale*, n° 45.
1898. CHATTINIÈRE. Contagiosité de la rougeole; sa photothérapie. *Presse Médicale*, septembre.
1898. G. H. LEMOINE. Contagion de la rougeole à la période de convalescence. *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, mai.  
— VINCENT. id.
1898. KELSCH. Note sur la contagion de la rougeole. *Revue d'hygiène*, février.
1898. H. MEUNIER. Sur un sympt. nouveau de la période précontagieuse de la rougeole. *Gaz. heb. de Méd. et de Chir.*, novembre.

## Bulletin-Memento des

### Académie de Médecine

nise la cystostomie sus-pubiques.

— M. MOUCHET a pratiqué la cas d'utérus gravide en rétro La grossesse a continué.

### Société de Biologie.

— discussion sur les ictères aho

— MM. LEVADITI et PARIS in terrain dans l'infection streptoc

### Société médicale des H

a guéri un malade atteint de par des injections interstitielle

— M. JACQUET, sur 17 phtisi trouvé 16 fois une alcoolisat années qui ont précédé les tuberculose.

### Société de Thérapeuti

dose maxima quotidienne de l' centigrammes.

— M. DUHOURCAU emploie le purgatives dans le traitement d il les emploie en lavements.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE D

Séance du 28 A

Présidence de M. le docteur

Ophthalmoplégie externe bilatérale droite et pollencéphal

M. Ausset présente une atteinte d'une paralysie des de muns, d'une parésie du facial hémiplegie droite avec titubati et enfin d'une glossoplégie am et de la difficulté dans la ma est normale.

Il s'agit donc d'une ophthalm rate, compliquée d'hémiplegie phalite inférieure (lésion du n

M. AUSSET discute d'abord se basant sur les données au sur les signes fournis par la au niveau des noyaux d'orig

ient drainé, puis refermé. Le malade supporta  
tion, mais il mourut quarante heures après  
une excitation extrême qui avait fait porter le  
stic de méningo-encéphalite. — L'autopsie  
tra que les lésions intestinales et péritonéales  
complètement guéries; il existait une fracture  
ne et, du côté des méninges, de l'œdème et  
ngestion intense. S'il n'avait succombé à une  
go-encéphalite suraiguë, il est donc permis  
que ce malade aurait, grâce à la laparotomie  
e, guéri de la péritonite causée par la déchirure  
ale.

lory note que la rapidité croissante du pouls, à  
e des contusions abdominales, constitue une  
illeures indications d'intervention.

nonce aussi que les fractures du crâne en rapport  
s fosses nasales sont pres  
on de l'infection qui en  
LARRIER fait remarquer  
itisme intestinal du mal  
on. Les ruptures de l'int  
itismes de la paroi abdom  
de cette paroi, sont ra  
à un cas à l'hôpital Lar  
it, dans le service du p  
avait reçu un coup de pi  
re du ventre, la paroi ét  
iva une rupture complè

#### Archéologie médica

OLET fait une très intére  
service médico-chirurgi  
e avant la révolution.  
ologie médicale lilloise,  
ocumentées, ne peut  
s trouveront dans le nun  
re leur curiosité à ce pre

### ies de Mémoires fra

v. — La fièvre dans l  
re typhoïde (Semaine m  
la dothiëntérie, la fièvre  
vingt et unième jour; s  
rs quelques jours au-dess  
à la normale. Il y a des ca  
ui semblait définitive, o  
de 1 à 3 degrés pendant di  
arnis due à la reprise d

Quelquefois, la fatigue ou l'émotion amènent aussi de la fièvre. Dans d'autres cas, la température s'élève un peu le soir, puis monte de plus en plus pour reprendre une marche semblable à celle qu'elle avait suivie dans la maladie : il s'agit d'une réitération, avec nouvelle éruption de taches rosées. C'est l'infection première qui continue son œuvre; on peut observer jusqu'à quatre réitérations successives. Ce ne sont ni des rechutes ni des récidives. Les réitérations sont d'une extrême bénignité; les rechutes, au contraire, fréquemment mortelles.

Il y a des convalescents chez lesquels la fièvre reparait sous forme paroxystique. Elle survient sans cause apparente : cette forme est plus spéciale à certaines épidémies.

Parmi les accidents latents susceptibles d'élever la température des typhoïdiques convalescents, il faut placer en tête la coprostase. Les selles s'espacent, le ventre se ballonne, la fièvre s'allume. Parfois, le diagnostic est fort embarrassant, car la diarrhée coexiste avec la constipation : les masses fécales, accumulées dans le rectum, sont creusées d'un canal à travers lequel s'écoulent les matières liquides. En présence de pareils accidents, il faut prescrire des purgatifs huileux, des lavements abondants et répétés ou employer l'électrisation.

L'hyperthermie peut dépendre d'une entérite chronique, localisée à l'intestin grêle, provoquée par une alimentation prématurée ou mal appropriée. Plus rarement, la cholécystite ou l'angiocholite sont à incriminer; rares aussi, la névrite et la pyélonéphrite. Il n'est pas un organe qui ne puisse être atteint au cours de la convalescence. Sous l'influence du froid, la bronchopneumonie apparaît, ou bien une bronchite, ou une pneumonie congestive, ou la tuberculose enfin. Cependant, en ce qui touche ce dernier point, il faut admettre que la plupart des cas de tuberculose consécutive en apparence à la fièvre typhoïde se rapportent à des individus déjà atteints de quelque lésion tuberculeuse plus ou moins latente.

L'aortite typhique est assez fréquente et peut devenir l'origine d'un anévrisme. Les artérites des membres ne s'accompagnent pas d'une fièvre notable. — Les suppurations post typhoïdiques siègent dans les régions les plus variées; elles peuvent naître d'une façon très insidieuse, mais, le plus souvent, élèvent la température des convalescents.

Toutes ces complications sont dues parfois au bacille d'EBERTH seul; dans certains faits, elles relèvent d'une association; souvent aussi, elles sont le résultat d'une infection secondaire. Quelquefois enfin, la fièvre arrive sans cause. PARSON a publié l'Observation d'une dothiénentérie qui se termina au bout de trois semaines; au quarante-cinquième jour, mouvement fébrile inexplicable qui dura jusqu'au deux cent soixante-douzième jour.

INGELBANS.

## VARIÉTÉ

### Simple héros

Le 28 mars, un journal du soir raconte, cette courte histoire qui venait, le dénouement :

« La 10<sup>e</sup> chambre correctionnelle s'audience d'aujourd'hui d'un empoisonnement par l'erreur d'un pharmacien.

Hâtons-nous de dire que cet empoisonnement fut suites irréparables. Voici comment fut c

Un malade appela à son chevet un médecin après avoir porté son diagnostic, prescrivit la composition de laquelle entrait un poison analogue avec l'atropine.

L'ordonnance fut exécutée dans une pharmacie pas par le pharmacien lui-même, mais d'ailleurs pas un élève, mais un pharmacien.

Le malade commença à absorber la potion. L'état s'aggrava. Le médecin, rappelé en consultation, à une congestion cérébrale et ordonna une saignée, mais elle ne produisit aucun effet.

L'idée lui vint alors qu'il pouvait bien avoir été trompé par le pharmacien, et pour s'en assurer il prit de la potion.

Il ne tarda pas à éprouver des symptômes de troubles de la vue, hallucination, etc. Il se plaignait comme il tenait à mettre sa responsabilité sur la plainte contre l'aide-pharmacien à qui il avait donné l'ordonnance.

MM. BROUARDEL et OGIER, commis du tribunal, venus déclarer aujourd'hui que la dose était ou quatre fois plus forte que ne comportait l'ordonnance.

Voyons, franchement, froidement, si ce n'est qu'on nous montre parmi les détracteurs de la médecine beaucoup de gaillards qui, cor à la main, à expérimenter sur eux-mêmes un remède mortel ? et cela sans réclame, sans souci de la tranquille conscience d'un devoir supérieur. Allons, Messieurs qui faites campagne pour BOISLEUX et LAPORTE, ou fûtes-les, voyons, tâchez-vous, vous sentez-vous contre cet homme... dont le journal ne

Piqûres de plume et coups de langue de l'homme nous venge de tout ça.

### L'utilité de l'état

Un de nos confrères publie l'amusant

« On sait qu'il y a fort peu de temps, l'Amérique le registre de l'état-civil a été confié aux municipalités.

« Comme aucun contrôle n'existait, une foule de gens qui ne connaissent rien de la médecine et sont dans l'impossibilité d'établir le diagnostic

« On sait également que, pour les officiers acceptent sans contrôle les données fournies par les intéressés.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin

Rédacteur en Chef : F. COMBENALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté

## COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Kéraval, directeur de l'Hôpital de la Pitié ; De Lapersonne, professeur de clinique chirurgicale ; Looten, médecin des maladies mentales ; Moty, médecin principal ; Pottier, professeur agrégé, chargé de la clinique de dermatologie ; Pottier, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale ;

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la République, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse doit être accompagné d'un avis contraire.

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Hôpitaux Lillois disparus, par M. le Professeur H. Folet. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS : Rôle du système nerveux dans les dermatoses, par M. le Docteur Leredde. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## HOPITAUX LILLOIS DISPARUS

Par M. le Professeur H. Folet.

M. le professeur FOLET est un curieux des choses du passé ; chacun sait ça. Et parmi ces choses, tout ce qui touche à l'archéologie médicale lilloise a le don de l'intéresser. Président sortant de la SOCIÉTÉ DES SCIENCES DE LILLE, il doit aujourd'hui même, dimanche 7 mai 1899, prononcer, à la séance publique, le discours obligé ; et il a choisi pour thème de ce discours

celui qui, depuis plus de trois ans, occupe et absorbe ses loisirs : LES HÔPITAUX LILLOIS DISPARUS.

Il dira-t-on. Il y a donc eu à Lille d'autres hôpitaux que ceux qui y existent encore ? Mon Dieu, non, il n'en a eu aucun, mais il en a eu quelque chose comme vingt-six, dont l'existence même est totalement abolie. C'est de ces choses oubliées que M. FOLET entreprendra de nous raconter l'histoire.

Ce travail est assez développé et que la lecture en serait trop longue, de fortes coupures y

seront faites pour la partie intégrale paraître sur une plaquette imprimée et deux reproductions photographiques curieuses du XIV<sup>e</sup> siècle imprimées sur papier de parchemin de bibliothèque.

Nous avons eu en cette plaquette, et l'auteur comme primeurs offert du Nord, divers fragments sur l'Hôpital des Grimaux, et enfin sur « l'histoire chirurgicale dans les hôpitaux » ce chapitre sera probable la lecture publique.

Mais, avant de publier des 26 hôpitaux à consacrer une notice particulière.

Disons d'abord qu'il y avait des hôpitaux dans son siècle et peuplés ; c'étaient des hôpitaux de six lits. Il ne faut pas les confondre avec les établissements les classifiés. La distinction entre l'hôpital aiguë, l'hospice voué à servir d'asile aux vieillards abritant les passants et l'hôpital établi. Beaucoup de hôpitaux ou



estinations

es grandes  
lillois de

ur chaque  
a suppres-  
aux encore  
ois, Stapp-  
ns propres  
ir tous ces  
es et auto-  
s diverses,  
ition, vers  
ministrative

IT  
situé rue  
s ; réuni à

RONIQUES  
ettes (1650-  
s là où se  
provisoire.  
*Joseph, dit  
Hôpital des  
l'abord rue  
l ; réuni à*

DS  
rue d'An-  
s, vers les

t des Vieil-  
ettes, n°s 2

Vieux-Hom-  
s, appelée  
sin actuel

633-1795),  
ue Notre-  
is.  
tué rue du  
; réuni à

9° *Hospice des Invalides* (1700-1731), situé rue d'Anjou, vers le magasin actuel des Lits Militaires ; réuni à l'Hôpital-Général.

10° *Hôpital Saint-Nicolas* (fin du XII<sup>e</sup> siècle-1550), situé rue Saint-Nicolas, au coin de la rue de *La Cordwannerie* (rue de Paris).

11° *Hôpital Saint-Nicaise* (1158-1550), situé rue Saint-Nicaise.

12° *Hôpital de La Trinité* (1291-1550), situé contour de la Trinité. Ses biens, ainsi que ceux de Saint-Nicolas et de Saint-Nicaise, furent réunis en 1797 à l'Hôpital-Général.

#### IV. — HOSPICES-ORPHELINATS

13° *Maison des Orphelines de la Conception ou des Bonnes-Filles* (1477-1792), située rue Royale, vers les n°s 26 ou 28 actuels. Ce tronçon de la rue Royale s'appelait encore à la Révolution rue des Bonnes Filles ; réunie à Stappaert.

14° *Les Bleuets et les Bapaumes* (1499 et 1605-1795), situés place aux Bleuets et rue des Jésuites (rue de l'Hôpital-Militaire), puis fusionnés et réunis à Comtesse.

15° *Maison des Orphelines de la Présentation Notre-Dame* (1646-1730), située au coin de la rue des Jésuites et de la rue Notre-Dame ; réunie à Stappaert.

16° *Hôpital Sainte-Elisabeth ou Béguinage* (1234-1843), situé rue du Béguinage, au dénotoir municipal actuel ; réuni à l'Hôpital-Général.

17° *Maison Sainte-Anne* (1793), située rue de la Bactinelle (actuel) ; Réunie à l'Hôpital-Général.

#### V. — HOSPICES

18° *Hôpital Saint-Julien* (emplacement de l'Hôtel de la Trinité, puis à l'Hôpital Général).

19° *Hôpital des Grimairet* (emplacement de l'Hôtel de la Trinité, puis à l'Hôpital-Général).

#### VI. — ASILES D'ALIÉNÉS

20° *Refuge des Sœurs de la Charité* (1481-1802), situé rue de l'Administration hospitalière.

21° *Asile des Bons-Fils* (1793-1802), situé rue de Tournai, partie de la place de la Trinité.



cement qu'occupe aujourd'hui la gare  
 Une lettre des Échevins de Lille, citée au  
 porte que nul lepreux ou lépreuse ne  
 pu en cette maison s'il n'est bourgeois  
 bourgeois. On y soignait la lèpre ; mais  
 adis extrêmement compréhensif et englop  
 p de maladies de peau dont quelques  
 at guérir, spontanément ou thérapeu  
 a syphilis a dû avoir une part importante  
 matoses traitées aux maladreries. Les  
 .traient sur ordonnances des Échevins et  
 buait à chacun une *pitance*, égale à 4  
 in havot de bled par semaine.

ntres dans la maison, les « ladres » y  
 is à un règlement assez étroit, d'abord  
 aultier, évêque de Tournai, en 1239, et  
 tuellement par l'Échevinage en 1612.  
 nel de ce document existe aux Archives  
 (1). Il débute ainsi : « Gaultier, Évêque  
 ux amés enfants en Christ les lépreux de  
 et patience ». La discipline rigoureuse  
 a évidemment pour principe la crainte  
 ion : « Que nul ne voye (ne voyage),  
 de Lille et aultres, sans licence. — Que  
 se oultre la place devant la porte, aux  
 posites ou voisines. »

dant, par une contradiction bizarre  
 cipe général, le règlement prononce  
 pour certaines fautes graves : « Qui  
 luxure sera convaincu, par un an et  
 l deboute de la dite maison. » C'est  
 ; c'est surtout illogique ; tout aussi  
 ticle suivant : « Si aucun, après qu'il  
 en la maison, il se mariait, il sera  
 isser à toujours la dite maison. »

traitement que subissaient les lépreux,  
 signés des maladies internes qui leur  
 ou bien de  
 assez fréqu  
 chirurgiens  
 Pour ce qu  
 elles étaien  
 oplication er  
 trouve par  
 . facture de  
 se embrassan  
 IN, apothica

et médicaments qu'il a livrés pour engraisser les lépreux de cette maladrerie, conformément à son billet et quittance, commençant le 29 de janvier 1665 jusque et y compris le 2 de août 1674. — 80 livres, 13 sols » (1).

LA MALADRERIE DE LA MADELEINE-LEZ-LILLE, située près le pont jeté sur le petit bras de rivière nommé la Marque, paraît avoir été destinée aux lépreux qui, n'étant pas bourgeois de Lille, n'étaient pas admis dans la maison des Ladres hors la porte de Paris; aux *Ladres forains*, comme on disait. Je n'ai pu trouver nulle part de renseignements sur son origine ou son fonctionnement particulier. Elle était d'ailleurs peu importante, composée de cinq ou six petites maisons et non d'un bâtiment unique.

LE LIEU DE SANTÉ DU RIEZ DE CANTELEU fut fondé en 1465, sous Philippe-le-Bon, par certain officier ou trésorier du bon duc : « A quoy il le condamna, » au lieu d'estre pendu, pour avoir celé et retenu » six mille écus d'or; à charge de faire batir un » hopital de Ladres (2) ». Cet établissement, d'abord destiné, comme celui du Pont de Marque, aux *ladres forains*, prit, vers 1480, une destination toute spéciale.

La peste ravagea Lille à mainte reprise, sous forme d'épidémies très intenses. Dans l'épidémie de 1667-70, qui fut la dernière, il mourut à Lille, en 16 mois, du 7 août 1667 au 27 décembre 1668, 4.412 malades; 1.612 en ville, 2.800 au Riez de Canteleu; presque un dixième de la population. C'est énorme.

Pour combattre ce terrible fléau, le Magistrat édicta à diverses reprises une série de mesures sanitaires qui ont été tout récemment remises au jour et étudiées par M. le docteur CAPLET, dans une remarquable thèse couronnée par la Faculté de Lille et portant pour titre : *La Peste à Lille au XVII<sup>e</sup> siècle*. C'est cet excellent travail que je prendrai pour guide dans tout ce qui va suivre.

Les mesures d'hygiène imposées pouvaient se ramener à trois : la déclaration, l'isolement, la désinfection. Notons que ce sont encore là les pratiques modernes. La déclaration des cas de maladie s'exécutait beaucoup plus sévèrement

qu'aujo  
dénonc  
chasse  
contre,  
au mo  
plexes  
avoir t  
il se l  
étaient  
maison  
variabl  
ainsi b  
dans s  
cette  
actuelle  
n'accep  
étaient  
Canteleu

On a  
de terra  
boucle  
le Gran  
cette ta  
enseign  
vaste pi  
nant au  
des bar  
fur et  
nombre  
d'autan  
Canteleu

Les h  
tants co  
les rem  
On en b

Dans  
était réd  
ordinair  
l'épidém

Les si  
chez eux  
pant or  
observa  
leur tou  
conduir

Les h  
l'intérie  
permis

(1) A. H. VII., E. 23.

(2) Bibl. de Lille, manuscrit 675, p. 112.

visites par lui rendues dans le dit hôpital payé 50 patars », c'est 5 patars par visite, times ; cela ferait environ 1 fr. 25 d'aujourd'hui « au sieur de SAINT-LÉGER, médecin, a été 6 florins 13 patars pour 27 visites rendues à quelques-unes des femmes accouchées et malades, de 1730 à septembre 1731 » (1). Ainsi en dix-huit ans se fait dans l'hôpital que 27 visites médicales au taux minuscule de 5 patars. Cette année 1732 il fut payé « à SPILLART, apothicaire 2 florins 13 patars, pour médicaments délivrés du 1er juillet 1729 au 3 octobre 1731 » (2), c'est-à-dire 10 sous. C'est un peu plus de 50 centimes de dépenses par mois. Le chirurgien avait accès à l'hôpital, surtout pour les abcès du sein chez les femmes, et il se faisait un peu mieux honorer que le médecin. En 1731 « payé 4 florins à Du Bois, chirurgien, pour avoir pansé et guéri un abcès au sein d'une pauvre femme » (3). Mêmes mentions en 1734.

Qu'il y a de surprenant c'est que l'on ne trouve trace à Saint-Jacques d'intervention obstétricale, mention d'accouchements laborieux. Quelques-unes, — un cinquième environ, — lentes à se séjourner à l'hôpital un peu au-delà de la durée réglementaire. Et c'est tout. Il est possible que les dystocias fussent alors moins fréquentes qu'aujourd'hui. Sans ajouter une foi absolue à l'étonnante affirmation de TROUSSEAU (4) que le rachitisme n'a pas existé en Angleterre, puis en Europe, que vers 1630, il a commencé à se manifester, — les agglomérations industrielles n'ayant point encore existé, — les déplorables conséquences de la dénutrition du rachitisme ne pouvaient être évitées, — les rétrécissements du bassin, — les rétrécissements du canal de parturition, — en un mot, — les déformations rachitiques. Puis les présentations vicieuses du fœtus, les dystocias, jadis considérées comme des dystocias. Comment

X., E. 8.

X., E. 8.

X., E. 8.

de l'Hôtel-Dieu, III,

mot ? Qu'il n'y ait pas un chirurgien, une sage-femme, une matrone, désignés pour parer à ces difficultés sans cesse imminentes ?

Et, avec cela, la mortalité des femmes en couches est extraordinairement faible à Saint-Jacques. A défaut de statistique intentionnelle, les frais de cercueil et d'enterrement nous révéleraient les décès, comme on le voit pour les enfants qui succombaient en grand nombre. Les séries de 4, 5, 8 décès infantiles en un an ne sont pas très exceptionnelles ; sans doute par les hivers rigoureux. Mais dans les nombreuses années dont j'ai feuilleté les comptes, je n'ai rencontré qu'une seule mort de femme récemment accouchée. Je veux croire que le germe des infections puerpérales ne pullulât point à Lille au XVII<sup>e</sup> siècle, pas plus que celui de la diphtérie qui y était quasiment inconnu il y a cinquante ans ; et que, vu les difficultés de communication, les chances d'importation microbienne, si menaçantes aujourd'hui, fussent alors fort minces. Mais qu'il n'y ait eu, en trente ou quarante ans, parmi quinze ou dix-huit cents accouchées, qu'un seul accident mortel d'hémorrhagie ou de phlegmasie utérine, c'est invraisemblable. Peut-être les femmes atteintes de suites de couches graves étaient-elles évacuées sur un autre hôpital. Lequel ? Il y a dans tout cela, je l'avoue humblement, quelque chose qui m'échappe.

Le système du médecin non attitré, du médecin à la visite, persista dans certains établissements jusqu'à la Révolution. Pourtant, vers le XVIII<sup>e</sup> siècle, les hospices et orphelinats ont pour la plupart des médecins ou chirurgiens à « gages » annuels. On commence à rencontrer le mot « honoraires ». Aux INCURABLES, en 1727, « il est payé au sieur SAINT-LÉGER, docteur » en médecine, pour ses *honoraires* d'un an, 18 florins ». Le chirurgien continue à avoir des « gages », mais il touche un peu plus que le médecin et il a en plus du casuel.

Dès 1699, les VIEILLETES ont un médecin à 12, puis, en 1709, à 15 florins d'appointements (1). En 1701, les VIEUX HOMMES paient leur médecin 20 florins et leur chirurgien 40 (2). Pourquoi cette différence déjà mentionnée entre le chirurgien et le médecin ? C'est que maître Pierre DASSONNEVILLE, chirurgien, devait, toute une année durant, « panser, médicamenter, *barbier* et *razier* les dits vieillards ». Il était astreint, comme barbier, à une présence quotidienne ou à peu près ;

tandis que voyait quel de traitement du chirurgien dérée comme à la médecine onguents, les bandes qualité val

Deux hô  
à Lille pou  
SAUVEUR e  
le système  
« dépense  
» mestre J  
» guari un  
» au dit ho

Mais, de  
médecin e  
» DUCOUR  
» position  
» douze li  
» GRAVELL  
» pour se  
» mois et  
» 79 livres  
» et demi,  
» lors au  
» an : 10

rence déjà  
médecin e  
étrange q  
de moitié  
l'hôpital ét  
pestiférés  
nous conn

Cent ans  
et prospère  
traitement  
honoraires  
chirurgien  
» escuyer  
» à cause  
» escheue  
» livres ; -

(1) A. H. —

(2) C<sup>e</sup> médecine  
siècle. Voir Ms

(1) A. H., X, E. 16, 17, 18.

(2) A. H., II, E. 57.

cine, fait donation à Saint-Sauveur d'une  
e 3.000 florins en rente sur le provincial des  
« à charge d'y avoir un médecin et un chi-  
1 gagés pour le service de l'assistance des  
s malades et blessés qui se trouvent en ce dit  
qui on fournira les médecines et médica-  
nécessaires au recouvrement de leur santé;  
condition de deux messes par semaine, etc (1).»  
Plus tard, intervint un accord entre la prieure  
lale et un médecin-adjoint qui partagea avec  
r DOULCET, médecin-titulaire, les 50 livres  
assignées à cet emploi » (2). A St-Sauveur,  
Comtesse, c'était la prieure qui nommait  
lois médicaux.

Sauveur prospéra tandis que Comtesse  
rissait. Durant tout le XVIII<sup>e</sup> siècle nous  
à Saint-Sauveur un médecin et un chirurgien  
hant des émoluments égaux : 150 florins (3).  
se rencontrent les frais extraordinaires rela-  
tenoy. En 1746 il est payé « aux sieurs  
R, PRÉVOST, LOUVART, DUCROCQ, HENNION et  
ELIER, médecins, la somme de 324 florins  
s pour devoirs extraordinaires, visites et  
lations faites audit hôpital. — A POLLET, chi-  
1, pour sa gratification qui lui a été accordée  
de la bataille de Fontenoy, 250 florins » (4).  
ette répartition d'honoraires entre médecins  
giens il semble y avoir eu à SAINT-SAUVEUR  
plus de malades que de blessés.

HÔPITAL GÉNÉRAL fut fondé en 1738. Dès 1741 il y  
médecin et un chirurgien attitrés, aux hono-  
80 florins chacun. Le service y était impor-  
énible. L'Hôpital abritait plus d'un millier  
es, hommes, femmes, enfants. En cas d'in-  
on ils étaie  
petites infir-  
lades. on l  
un hôpita  
-Dieu » (4)  
identiques  
matins da  
comptes de  
e 72 florins  
à cause de l

H. VI, B 37.  
VI, E. 100, 101  
VI, E. 117.  
XVI. E. 1, 2, 3





on vasculaire d'origine nerveuse et on explique  
de manière l'érythème polymorphe de HENNA,  
, etc. Un spasme vasculaire persistant pourrait  
expliquer la gangrène qu'on observe à la suite  
d'encéphaliques, spinales et des nerfs périphé-  
riques cependant que, pour LÉLOIR, la gangrène  
nerveuse est due, non à un trouble vaso-moteur,  
trouble trophique.

D'autre part, il existe des troubles rattachés à une  
dermatose qui ont été expliqués par une altération  
depuis que BERNARD a montré l'existence de  
nerfs distincts des nerfs vaso moteurs : des  
nerfs admissibles que les modifications des sécrétions  
dermiques et sébacées sont uniquement d'origine nerveuse,  
modifications qui tendent à modifier cette manière de  
voir que celle du parasite de la séborrhée grasse,  
et de nombreux adversaires.

Chez l'animal, on peut observer, à la suite de lésions  
des accidents cutanés d'ordre trophique. L'exis-  
tence des nerfs trophiques de la peau n'a pas pu être  
démonstrée directement, et n'est établie ni par l'expéri-  
ence, ni par l'anatomie. Cependant, LÉLOIR a com-  
pris le domaine des trophonévroses cutanées ;  
en 1888, il créa le cadre beaucoup plus vaste  
des névroses, comprenant les affections où l'origine  
ne peut être démontrée que par des arguments

factuels. Les réalisations ont entraîné une adhésion presque  
générale. De nouvelles théories n'ont pas encore pu s'y  
opposer. Les difficultés inhérentes à l'anatomie patholo-  
gique et la bactériologie cutanées n'ont pas permis de  
faire des réalités de certaines affections de la peau.  
Il n'y a aucune maladie qui ait une cause unique ; la  
maladie ne se dével.

La pénétration  
sont les causes  
des affections cutanées. I  
des affections ; la furu  
des affections ou à la sui  
ne se dévelop  
froid. On appe  
est constant  
terminant les  
parasitaire. Si l  
aux limites de  
cause nerve  
des dermatoneu  
ont dues direc  
LÉLOIR déclare q  
à lésion ner  
anatomique, es

## VARIÉTÉS

### Les voix de l'esprit

M. L. DIGUES est un fervent adepte du spiritisme. Chaque soir, pendant dix ans, il s'est plu, en collaboration avec un de ses amis, à faire tourner des tables, à converser, par leur intermédiaire, avec les âmes des grands hommes défunts, à recueillir leurs confidences sur tous les grands problèmes qui intéressent l'humanité. Dans le commerce journalier de ces esprits illustres, il a senti s'affermir sa foi dans nos destinées immortelles et, pour fortifier les croyances spiritualistes de ses contemporains, il vient de consigner, dans une élégante plaquette publiée chez JOUAUST, les résultats de ses expériences typtologiques, persuadé avec PLATON que « la raison elle-même doit nous rendre pleins d'espérance dans la mort ».

C'est dans la solitude des nuits, « à l'heure où la faucille, oubliée dans le champ de l'éternel été, jette vers le zénith sa douce lumière », que les deux collaborateurs avaient coutume de se livrer à leurs incantations. Ils ne se permettaient point, comme on le fait d'ordinaire, d'évoquer nommément, d'interviewer par force tels ou tels esprits déterminés. Ils n'étaient pas de ces spirites indiscrets qui s'obstinent à vouloir troubler dans leur tombe NAPOLÉON et DANTE, VOLTAIRE et VICTOR HUGO. Ils se bornaient à faire un peu de musique, à se recueillir et à attendre qu'un esprit voulût bien se révéler à eux. Le résultat, du reste, était tout à fait identique. Ils ont entendu VICTOR HUGO et VOLTAIRE, DANTE et NAPOLÉON, car il est remarquable que ce sont toujours les mêmes morts qui reviennent converser avec les vivants, et, quand on voit ce qu'ils avaient à dire, on ne laisse pas de s'étonner qu'ils y mettent tant d'insistance.

Pourtant M. DIGUES et son collaborateur ont reçu des confidences d'une âme qui n'est pas extrêmement répandue dans la société spirite, celle de ZÉNON. Le philosophe grec les avait pris en affection particulière. Il fut le premier qui consentit à agiter les pieds de leur guéridon; il conversa maintes fois avec eux, leur promettant, à chaque séance, de leur exposer, dans la prochaine, la fin de sa philosophie, ajournant toujours cette communication capitale par crainte de surmener ses auditeurs, les engageant à faire un peu de musique pour se reposer de leurs fatigues, et leur amenant, pour les distraire, une foule d'âmes illustres, entre autres celle de MUSSET « trop timide pour se présenter toute seule ». ZÉNON, dans ses entretiens intimes, se montre affectueux, paternel; il est tout à fait sympathique. S'il n'est pas très pressé de développer ses théories, il faut convenir que c'est, pour un savant, un mérite assez rare; s'il fait quelques fautes de français, cela est bien excusable de la part d'un Grec, et, s'il prend pour un philosophe son compatriote DÉMOSTHÈNE, — ce qui provoque chez ses interlocuteurs un mouvement de surprise, — il se tire très habilement d'affaire en leur disant : « Était-ce un sage ? — Oui. — Alors, c'était un philosophe ».

On n'a pas idée de toutes les attentions délicates que les esprits prodiguent à leurs correspondants. Enchantés de leurs excellents rapports avec ZÉNON, M. DIGUES et son collaborateur auraient voulu avoir le portrait de leur ami. Ils interviewèrent

donc l'âme d'un spirite célèbre, DELEUZE, pour savoir comment ils devaient s'y prendre pour faire de la photographie astrale et s'ils devaient employer des plaques sèches ou humides. DELEUZE répondit avec une grande complaisance que le choix de la plaque était chose secondaire et qu'il fallait surtout beaucoup de persévérance et beaucoup d'obscurité. La persévérance des deux spirites fut au-dessus de tout éloge; mais l'obscurité ne fut jamais assez complète. Les plaques ne s'impressionnaient pas. « Trop de lumière ! » disait DELEUZE. « Reposez-vous, disait ZÉNON; prenez l'air ». « Patientez, disait un troisième; le monde ne s'est pas fait en un jour ». Et, pour les faire patienter, ROSSINI vint leur parler musique; LAMARTINE, poésie, et TALMA, politique. « Le sublime, disait ROSSINI avec beaucoup de bon sens, ne sera jamais le partage des sots, et c'est une sottise de vouloir subordonner la mélodie à l'harmonie, ou, pour dire vrai, à défaut d'idée faire du bruit ». TALMA exposa des vues très profondes sur le gouvernement de NAPOLÉON I<sup>er</sup>; on eût dit COQUELIN parlant de GAMBETTA; mais les deux spirites ayant eu l'idée de lui demander ses prénoms, l'ombre de TALMA se montra très choquée et refusa de répondre. Les deux spirites comprirent la leçon; ils résolurent d'être désormais très réservés dans leurs questions. Quant à LAMARTINE, il fut charmant et, voyant que l'échec de leurs tentatives photographiques les avait attristés, il leur dédia, pour les consoler, le poème suivant :

Si l'insuccès vous décourage,  
Ne vous en prenez qu'à vous seuls;  
Si doux n'est pas votre breuvage,  
Reposez-vous sous les tilleuls.

L'arbre est le frère de la plante,  
L'homme est celui du faible oiseau;  
Dieu mit l'amant avec l'amante  
Dans un seul et même berceau.

Cependant, l'insuccès persistant de la photographie astrale avait jeté le doute dans l'âme de M. DIGUES et de son compagnon. C'est alors que VOLTAIRE vint les rassérer : « Le doute, s'écria-t-il, je vous attendais là ! Vous doutiez par cela même que votre foi grandissait. Tous les penseurs ont douté et, moi qui vous parle, j'ai douté toute ma vie. Le doute est la clef de la certitude : celui qui ne doute pas ne croit à rien d'une manière sûre et définitive. Et, pour raffermir leur âme, il leur expliqua la mission sociale de tous les grands penseurs : « RABELAIS, JEAN-JACQUES ROUSSEAU, DANTON, SAINT-JUST, ROBESPIERRE et RASPAIL.

Quand il fut bien avéré que la photographie astrale ne réussissait pas, les esprits se pressèrent en foule pour venir consoler de leur déconvenue les persévérants typtologues. Ceux-ci entendirent, par les pieds du guéridon, Jane DARC, qui écrivait son prénom à l'anglaise et faisait des prosopopées : « Valeureux chevaliers du moyen-âge qui brillâtes sous CHARLES septième... »; OZANAM, qui mêlait dans une phrase les langues latine et italienne « *Egli est* »; saint JÉRÔME, qui les salua avec un solécisme : « *Ave, spiriti* »; XÉNOPHON, qui leur commanda de faire fondre un morceau de sucre afin de leur expliquer un phénomène cosmique; FLÉCHIER, qui fit un calembour : « Votre nom, cher esprit. — Esprit Fléchier »; MUSSET, qui leur dicta beaucoup de vers et encore plus de







est à l'abri de toute émotion : rire ou pleurer, il ne le peut ; au reste, sa voix vieillotte, un peu chevrotante, ne traduirait ses sentiments qu'avec une uniformité pleurarde. Cette manière d'être extérieure est bien spéciale, pathognomonique presque. Je désire que vous reteniez encore que cette attitude générale est le résultat d'une rigidité musculaire permanente, capable à la longue d'entraîner des déformations surtout visibles aux périodes avancées de la maladie.

Je souligne enfin, Messieurs, encore la lenteur que met notre malade à exécuter les mouvements et la sensation très réelle de fatigue qu'il éprouve très rapidement à la suite de ces mouvements, pour marcher un peu, ou pour se tenir quelques minutes debout.

Tremblement marqué, attitude générale spéciale, lenteur et fatigue dans l'exécution des impulsions motrices volontaires, sont les signes capitaux de la paralysie agitante ; or, notre malade les présente tous, sans presque d'atténuation.

D'autres signes, encore importants mais non nécessaires, servent à caractériser le parkinsonien. Chez notre sujet, facilement diagnostiqué cependant, ainsi que vous venez de le voir, ces signes accessoires manquent en partie, ce qui vous montre que leur valeur n'est que relative. Il ne présente pas en effet de la tendance à la propulsion en avant ou à la rétropulsion. Ce signe consiste en ceci que, lorsque le malade est en marche, une fois lancé, il accélère constamment sa vitesse initiale, penché de plus en plus en avant « comme si, disait TROUSSEAU, il courait après son centre de gravité » ; et pour qu'il s'arrête il faut qu'il trouve devant lui un obstacle, un mur, par exemple, contre lequel il butte, un meuble auquel il se cramponne. Chez d'autres sujets il y a rétropulsion ; si vous tirez, d'un faible effort en arrière, par son habit, le parkinsonien, vous voyez se produire la marche à reculons, laquelle, comme dans la propulsion, va en s'accélégrant au fur et à mesure que vous continuez à tirer. Les auteurs sont unanimes à signaler que ce signe manque parfois dans la paralysie agitante. Remarquez au passage, Messieurs, que la propulsion et la rétropulsion sont symptomatiques d'autres maladies que de la paralysie agitante et se rencontrent dans certaines lésions du cervelet, par exemple, qu'on a même signalé un cas d'atrophie musculaire progressive où ces signes existaient. Il convient donc de n'attacher qu'une confiance restreinte à ce signe. Montrez la même prudence, Messieurs, quand il

s'agira d'apprécier le *besoin de changer de place*. Notre malade nous dit que dans son lit il éprouve le continuuel besoin de déplacer ses membres, qu'il ne tient pas facilement tranquille sur sa chaise, malgré la fatigue que lui procurent ces changements de position. Nombre d'enfants nerveux, des choréiques, éprouvent ce même besoin ; et de ce fait l'importance du signe diminue considérablement, s'il est observé isolément.

Je relèverai plus volontiers la sensation désagréable de chaleur excessive habituelle que présentent ces malades : en moiteur permanente, même en hiver, sans élévation de la température centrale toutefois, le parkinsonien se plaint constamment d'avoir trop chaud, se découvre au lit, va nu-tête et légèrement vêtu au cœur de l'hiver. Et en réalité, il existe une élévation thermique assez notable du côté de la peau. GRASSET a en effet montré qu'il y a une augmentation de la température locale pouvant atteindre jusqu'à deux degrés ; la cause en réside, d'après ce savant maître, dans les mouvements incessants qui agitent les membres. Quoiqu'offrant ce signe, notre malade ne s'en plaint pas spontanément.

Sur ce malade, nous avons donc retrouvé quasi au complet, Messieurs, le tableau des signes qui caractérisent la paralysie agitante ; joignez-y, parce que négatifs, l'intégrité des réflexes et des sphincters, l'absence de trépidation épileptolde et de troubles trophiques. Si vous en venez toutefois à vouloir rechercher lequel de tous ces signes est le plus important, le plus décisif, vous vous arrêtez aussitôt au tremblement présenté par ces sortes de malades. Aussi, pour affirmer le diagnostic paralysie agitante, faut-il étudier de près ce tremblement et le comparer aux tremblements rencontrés dans d'autres maladies, du système nerveux notamment.

Je vous ai imposé pour notre malade le diagnostic de maladie de PARKINSON ; mais je voudrais vous dire maintenant pourquoi il n'est pas atteint d'une sclérose en plaques, pourquoi son tremblement n'est pas toxique. Quelques raisons sont très probantes, que je tiens à vous fournir, groupées et sans les délayer.

Dans la *sclérose en plaques*, la tête participe toujours au tremblement ; de plus, ce tremblement n'existe pas à l'état de repos ; enfin il se manifeste à l'occasion de mouvements, et plus ces mouvements ont d'amplitude, plus ce tremblement s'exagère. Vous avez vu au moins une fois dans nos salles l'un de ces malades qui,

ieurs, mais occupant également la face. Or, le malade, la face est indemne de tremblement, ce seul point suffit dans l'espèce pour le diagnostic primitif. Notez de plus que les dégénérés que survient ce tremblement. Mais fermement que notre malade est un comme je vous le dirai plus longuement sure ; mais au total il y a coïncidence, et la similitude ne peut contrebalancer l'absence de capitaux du tremblement héréditaire

Le diagnostic de paralysie agitante, établi dès maintenant, renforce donc de toutes les différenciations que nous avons tenté : il reste encore cependant quelques hypothèses à renverser.

Vous pouvez supposer, — et la clinique l'a montré, — que c'est vrai mais avec certitude —, qu'il s'agit d'une *paralysie agitante double d'origine cérébrale*. Mais, outre que la paralysie agitante d'origine cérébrale porte d'ordinaire que sur une moitié du corps, le bras et la jambe sont seuls atteints isolément, ensemble d'un seul côté, si par une occasion particulière, cette hemiparalysie agitante cérébrale, elle présenterait ce grand caractère qui l'accompagne d'une augmentation des réflexes tendineux ; et je vous ai signalé dès l'abord que les réflexes étaient intacts chez notre sujet. Une chorée chronique doit aussi être exclue, car, en effet, cette affection frappe les tout jeunes sujets, elle est constituée par des secousses involontaires, qui n'ont rien d'approchant avec le tremblement que nous venons d'observer ; la ressemblance de ce cas avec la chorée est

vous vous trompez. Les diagnostics peu nombreux que vous faites vous donnent une douteuse certitude ; supposez une dégénérescence tendineuse ; supposez une atrophie myotrophique. Vous n'avez rien d'offrir de ce malade. Ce n'est pas celui d'une myopathie, d'un complexe sympathique, d'un processus médullaire et de la paralysie agitante. Ne commettez pas l'erreur de chercher la cause dans les réflexes. Le diagnostic de la ma-

présence constatée vous empêchera de verser dans l'hypothèse erronée.

Il vous paraîtra, Messieurs, après cette reconnaissance du type quasi-classique de la maladie de PARKINSON et la discussion que je viens d'en faire, que ce diagnostic s'imposait presque d'emblée et que nous n'ayons pas dû être bien hésitant. Détrompez-vous. La chose n'était pas si simple, avant que j'aie disséqué en quelque sorte le cas pour vous le présenter.

En effet, ce malade présente, vous vous en souvenez, des attaques épileptiformes et cela depuis l'âge de treize ans. D'autre part, ses premières confidences, confirmées d'ailleurs par les interrogatoires suivants, nous ont appris que le tremblement qu'il présente n'est pas continu : il a commencé il y a quatre ou cinq ans, à la suite d'une attaque d'épilepsie et a duré trois à quatre mois, puis a cessé graduellement. Mais après une attaque ultérieure, le malade a vu revenir ce tremblement, qui a diminué, puis cessé pour reparaitre encore, toujours d'une façon discontinue.

Cette discontinuité du tremblement était faite pour égarer le diagnostic. Il existe, en effet, des épileptiques à paroxysmes rares, chez lesquels subsistent pendant quelques jours, à la suite de leurs attaques, des symptômes d'épuisement nerveux, dans lesquels on compte le tremblement. Néanmoins la durée de ce tremblement n'est jamais bien longue. En n'accordant qu'une foi relative aux dires du malade, on pouvait donc mettre le tremblement, chose anormale par elle-même, sur le compte de l'épilepsie. Mais le retour obligé de ce tremblement, sa réapparition non pas immédiatement après le paroxysme épileptique, mais graduellement quelques jours après, comme nous l'avons constaté à l'hôpital, sa localisation enfin aux bras, sa tendance à durer plus longtemps après chaque attaque, nous firent abandonner cette hypothèse et attacher de l'importance à ce symptôme, qui paraissait d'abord accessoire.

Rappelez-vous, Messieurs, que dans la paralysie agitante une fois établie ce tremblement ne disparaît plus, qu'il est d'intensité variable, mais qu'il ne cesse jamais complètement. Mais sachez aussi que, quand une paralysie agitante est en train de se constituer, par périodes le tremblement disparaît complètement ou presque complètement : et ces périodes ont une durée impossible à pronostiquer, qui peut en imposer pour la cessation définitive. Le tremble-

ment dans la maladie discontinu et habituellement manque sont de notre malade, si la première, cela a duré qui malade remarque parfaitement va en augmentant cette notion que l'attitude de PARKINSON ; depuis des autres symptômes s'agissait d'une paralysie agitante au début.

Remarquez d'ailleurs, Messieurs, que dans ce tremblement à les mêmes paralysie agitante est co-

La maladie de PARKINSON pour vous, n'est-ce pas, à chercher avec vous ce complexe symptomatique est-elle dépendante de ce sujet est porteur ; l'épilepsie ? La paralysie agitante à lui succéder, si est-elle surajoutée à l'épilepsie, évoluant pour son compte, enfin, dans cette seconde réciproque de ces deux maladies.

La paralysie agitante, grande parenté avec les l'hystérie, l'épilepsie. Toutes les choses plausibles, l'important est d'essayer pour celles-ci. L'épilepsie, chez notre malade, est postérieure, mais antérieure à la paralysie agitante, il ne saurait donc être déduit de celle-là comme dépendant.

C'est en effet à l'âge de treize ans qu'il a eu sa première attaque d'épilepsie, il n'est pas rapporté d'ailleurs, même fruste, coïncidence, lorsqu'il survient des crises de la paralysie agitante. Les cas de M<sup>lle</sup> MARTHA, elles se montre déjà constituée ; l'épilepsie n'est donc pas partie de la paralysie agitante, mais seulement en accélère le développement. Le pronostic que je puis se-



---

r l'étude du diagnostic de ce cas de pa-  
, et de ce que l'on aurait pu prendre  
ication, je dois vous affirmer qu'il ne  
is fruste; dans les cas frustes, en effet,  
est absent ou très réduit, et limité alors  
itude, la rigidité musculaire propre à  
rs sensations de chaleur exagérée sont  
and secours pour se prononcer. Point  
vous rappeler que dans ce cas c'est  
ent que s'est fait le diagnostic : rien de

on qui nous occupe, Messieurs, le dia-  
pronostic, et ce pronostic est toujours  
ec ce correctif toutefois qu'il est très  
ngue échéance. La marche de la para-  
effet est lente, mais progressive : c'est  
lrente ans même, que le parkinsonien  
ouffrir de chaleur insupportable, mar-  
ment courbé en deux ; il n'est guère de  
quelque parkinsonien ne réclame par  
es attitudes, vos moqueries d'enfant  
ns pitié ! — votre attention d'étudiant,  
être de praticien ; mais au bout de ces  
éformations des membres sont surve-  
e nerveuse est prochaine ou déjà ins-  
es sont devenus de véritables infirmes,  
ou à la chambre, que guette la mort.  
moins désirable, est de finir dans le ma-  
consumption, à l'instar des tabétiques,  
emblent alors, ou bien d'être emportés  
ie : à se découvrir en toute saison,  
de ultime, ils côtoient à tout instant le  
et, le pne  
qui les ei  
ns un moc  
faut conna  
ristes, ces  
rie caracté  
eur esprit  
ia pendais  
nt, renouv  
royable, s'  
aliénés de  
s malheur  
demandez-  
ante ? Auc  
ats encou  
eur est le

de 1 à 2 gr. par jour, SACAZE prétend avoir amélioré deux parkinsoniens ; nous n'aurons pas le temps chez notre malade d'apprécier les effets que ce médicament pourrait lui procurer : son seul désir, vous ne l'ignorez pas, est de nous quitter pour retourner en Suisse, son pays natal. Et je n'ose vous encourager à fonder sur l'acide borique de grandes espérances dans les cas où vous pourriez songer à l'employer.

En ce qui concerne le tremblement, certains artifices, inventés par les malades, ou que vous leur indiquerez, contribuent à le diminuer ou à le rendre peu gênant dans les actes de la vie quotidienne : appliquer les mains sur les genoux, croiser les mains sur la poitrine, sont tout autant de positions de défense, si l'on peut dire, vis-à-vis du tremblement, qui le réfrèment et l'annihilent. La solanine, préconisée par GRASSET et SARDA, et les autres médicaments ne vaudront pas mieux que ces simples moyens.

### **Paralysie spinale antérieure de l'adulte**

par le docteur L. Ingelrans

M. Mory a présenté à la séance du 14 avril dernier un malade dont l'observation résumée a été donnée page 189. Cet homme, à la suite des manœuvres, a été pris d'engourdissement des membres avec difficulté de la marche : le tout a bientôt été transformé en une quadriplégie complète avec paralysie des muscles de la région prévertébrale (droits antérieurs et long du cou), sans troubles cardiaques, ni respiratoires. La sensibilité est demeurée tout à fait intacte. Après un temps assez long, ces phénomènes moteurs se sont amendés et ont fait place à de l'amyotrophie surtout marquée aux mains et aux jambes, avec accompagnement de trémulations fibrillaires dans un grand nombre de muscles.

L'hypothèse d'une hémorragie dans la région cervicale de la moelle épinière a été émise. La brusquerie du début indique assez, en effet, l'intervention d'une cause à action rapide, telle, par exemple, qu'un épanchement sanguin. Mais, de deux choses l'une, ou bien l'hémorragie supposée se serait faite en un point limité, elle aurait été très légère, punctiforme, et n'aurait amené que des troubles localisés, correspondants au niveau de la moelle lésée, ou bien, l'hémorragie aurait eu une certaine importance, et alors des troubles sensitifs n'auraient pas pu faire défaut, car la substance grise aurait été à coup sûr atteinte. De plus, comment expliquer l'amyotrophie quasi-généralisée ? L'hémato-

myélie nous paraît d'ailleurs comme un pis-aller, et peut être mis à la place.

Trois affections fort capables de réaliser celui qu'on a sous les yeux : la paralysie antérieure aiguë, la paralysie de Landry et la sclérose latérale.

La paralysie spinale antérieure de DUCHENNE est identique à la précédente. Cette maladie débute par une fièvre, douleurs diffuses, puis apparaît une paralysie rapide, l'atrophie s'empare de tous les muscles pendant que la sensibilité reste intacte ainsi que la sensibilité. Cette affection est de courte durée, et laisse trace que l'amyotrophie est importante. C'est bien le malade dont il est question, et non celui que la fièvre initiale et quelques frissons donnent quelque compte au tout premier moment.

On pourrait également songer à la paralysie de Landry. Le cas désigné sous ce nom se caractérise par l'absence de fièvre, en ce sens qu'il n'y a pas de fièvre, mais que les mêmes, avec ou sans fièvre, d'ordinaire attaqué et guéri, et qui est le chef dans la généralité des cas, à la différencier autre chose, la paralysie antérieure, car l'anatomie et les résultats les plus disparates des examens cliniques et des autopsies reflètent les traits de la paralysie antérieure. Il est souvent impossible de décider si l'on a affaire à une paralysie antérieure ou de polynévrite, ou à une sclérose latérale. — La clinique ne permet pas de discerner entre les cas de paralysie antérieure et de paralysie de Landry, l'affection chez le sujet, les phénomènes bulbaires, les résultats du diagnostic de maladie de Landry.

Ce n'est pas tout : une hémorragie dans la région cervicale aurait amené un même tableau clinique, le diagnostic différentiel est donc plus ardu. En effet, qu'il

**dicale des Hôpitaux.** — M. JACOME de WEILL (hémi-hyperesthésie) est presque constant chez les est susceptible de transfert sous l'in- nes irritations.

a observé une névrite toxique du e au cours d'une entérocologie aiguë.

**Dermatologie.** — M. FOURNIER mille complètement dégénérée sous inée de la syphilis et de l'alcoolisme.

\* \* \*

## DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

éance du 12 Mai 1899

M. le docteur CARLIER, *président*.

### ur fibro-kystique de l'utérus

ésente, au nom de M. le professeur eur fibro-kystique de l'utérus.

femme d'une trentaine d'années, qui n de santé à la fin d'avril. Elle pré- eur abdominale, volumineuse, fluc- ier vaginal montrait que les culs-de- s, les mouvements de translation de ommuniquaient au col. Cependant e donnait que six centimètres.

rotomie. La ponction donna issue à n liquide filant, couleur vert pomme. e, on s'aperçut qu'elle était formée a paroi de l'utérus. M. le professeur 'hystérectomie abdominale totale. La rd'hui en bonne voie de guérison.

te sur les difficultés du diagnostic de o-l

ose

app

i s'

rai

reu

dé

s u

eri

nt

it r

leu

bez

Habituellement, chez les enfants, on trouve dans ce cas un poumon infiltré de petits tubercules pouvant donner naissance à de petites cavernules microscopiques. De plus, chez l'enfant, on trouve, autour de la caverne et en travers, des brides vasculaires dont le calibre est perméable, pouvant produire parfois des hémorragies auxquelles succombent les petits malades.

**M. Looten** croit que ces brides vasculaires peuvent être le siège de production de bourgeons charnus et être ainsi une cause de guérison plus fréquente de ces lésions chez les enfants.

#### De la thyroïdine dans les fractures

**M. Lambret** présente un malade qui s'est fracturé la jambe il y a trois semaines et qui marche actuellement sans appareil d'aucune sorte, la jambe complètement consolidée.

Chez plusieurs malades présentant un pseudarthrose ou un retard de consolidation, il avait donné avec succès de la thyroïdine à la dose de trois capsules de 0,20 ctgr. d'extrait de corps thyroïde par jour. Chaque fois la consolidation parut s'effectuer plus rapidement.

**M. Lambret** soumet le malade qu'il présente, dès le premier jour de l'accident, à ce traitement, appliqua un appareil de marche le septième jour et, le dix-septième jour, il enlevait tout appareil. La jambe était suffisamment consolidée, et le malade marchait sans aucun appareil. **M. Lambret** croit pouvoir attribuer cette consolidation rapide à l'action de la thyroïdine.

**M. Moty** s'élève contre l'emploi des appareils de marche, qui : 1° amènent forcément un léger travail des muscles gastrocnémiens, et, par suite, du chevauchement des fragments osseux ; 2° s'opposent à l'obtention d'une réduction parfaite, celle-ci ne pouvant s'obtenir, quel que soit le siège de la fracture et son niveau, qu'en fléchissant au maximum la jambe sur la cuisse.

**M. Moty** ne connaît pas, toutefois, au point de vue du traitement, de cas de consolidation aussi rapide : dans son service, il emploie des appareils ouverts, et en examinant ses blessés, il a trouvé parfois des fractures consolidées au vingt-cinquième jour, mais jamais avant le vingtième.

#### Respiration de Cheyne-Stokes

**MM. Raviart**, interne, et **Duvivier**, externe de la Clinique de M. le professeur COMBEMALE, commu-

niquent l'observation néphrite interstitielle, toire dit de Cheyne-St

Le cycle complet du l'apnée étant de 20" et

Pendant l'apnée, affaiblité toutefois de conv

La suppression de la pendant deux cycles, malade.

Du côté de l'appareil rielle était plus faible dyspnée.

Le nombre de pulsations très marquée durant l montrent les tracés spatratifs présentés. A l second bruit à la base

Les pupilles en myosis à l'approche de la dyspnée convulsifs de l tendineux particulier supérieur droit. Léger tion du réflexe rotulien l'apnée et la dyspnée. caractérisés par un dé pendant la dyspnée.

#### A propos d'

**M. Marlaeu** fait une tomie topographique cas d'appendicite opér

Il montre que le périur le cœcum, le recocoiffe en quelque sorte une excavation de la c

Il étudie les différents rapport au cœcum (tandante, 41 0/0 ; tantôt latéro-externe, 17 0/0 ; fait remarquer que l'vivant ces différentes que l'on insuffle l'intel'appendice prendre l'ascendante.

Il montre d'une façon que la circulation appendicelle de l'intestin, ce q

reste d'abord la valeur des statistiques de et de SCHAUTA, défavorables à l'intervention sur des faits trop anciens pour être cont donné le perfectionnement des méthodes et le maniement plus habile de l'anesthésie. ques récentes, opposées les unes aux autres solument démonstratives.

: 1887 à 1892, emploie exclusivement le traitement ; résultat : 32. 6 0/0 de mortalité. De 1892 attaque l'accouchement forcé et la mortalité 0.

: 1889 à 1891, en employant le traitement rve une mortalité de 38 % ; de 1891 à 1896, e traitement augmenté de la saignée, la he à 9 %.

ant de côté ces statistiques qui montrent que abaisse aussi bien entre les mains des inter- que dans celles des fidèles de la thérapeu- e, l'auteur rappelle les cas de DÜRASSEN et : le premier avec une série de 30 cas traités n rapide du fœtus après larges incisions du mort ; le second avec une série de six opérati- nes donnant un seul cas de mort.

evant contre cette thérapeutique sanglante. ut de ces faits que l'accouchement préma- sous la narcose chloroformique, ne peut heureusement l'état de la mère.

objection à la pratique de l'accouchement voqué dans l'éclampsie, c'est que le fœtus romis. Mais les grossesses qui persistent préciabie après l'apparition des attaques nt l'infime minorité.

r 27 cas d'éclampsie de la grossesse, a vu le arer 17 fois, dans les quarante huit heures ; à sept jours

HEL (Th. 188

persisté mal

s ont été tri

n n'a dépass

, en général

les 64 obser

vivants.

stique de V.

ient survive

nt sur trei

nent à des ca

ement les all

r cinq.

générale es

de DÜRASSEN.

près incision

sont vingt-neuf enfants sur trente-deux. D'où le parallèle suivant fait par FIEUX.

Accouchement lent : 80 0/0 de mortalité fœtale.

Accouchement rapide : 80 0/0 de survie fœtale.

L'auteur aborde, alors, sa statistique personnelle. Dans deux cas traités médicalement avec expectation obstétricale, il a eu deux enfants morts.

Dans cinq cas d'accouchement rapide : trois cas dans lesquels la dilatation a été faite avec les ballons et deux dans lesquels on a eu recours à la dilatation manuelle ; les cinq enfants sont nés vivants. Les conclusions que l'auteur tire de ces faits sont les suivantes :

L'accouchement prématuré est indiqué si le travail ne se déclare pas spontanément sous l'influence des attaques éclamptiques. Il y a lieu d'accélérer le travail s'il s'est spontanément déclaré et cela à quelque phase qu'on le trouve.

L'accélération du travail doit marcher de pair avec l'intégrité des organes maternels, d'où nécessité de recourir aux méthodes non sanglantes.

Les ballons ne suffisant pas toujours à procurer un accouchement suffisamment rapide, l'auteur n'hésitera pas, à l'avenir, à recourir, sous chloroforme et sans négliger la thérapeutique médicale actuelle, à l'accouchement brusqué sans violence, obtenu par la dilatation manuelle progressive, *manière sans danger pour la mère.*

L'auteur reconnaît que ses observations sont bien peu nombreuses et qu'il se laisse peut-être influencer par une série heureuse. D'autres sont probablement du même avis, car la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie* annonce que son prochain numéro contiendra une réponse du professeur PINARD à l'article de FIEUX. Nous rendrons compte de cette réponse dès qu'elle aura été publiée.

Dr M. O.

## VARIÉTÉS

### Pétition des enfants à naître.

Nous, les enfants à naître, venons ici réclamer humblement nos droits à une bonne naissance.

Nous ne demandons pas de naître de parents riches, car nous le savons par la triste expérience qu'en ont faite d'autres enfants qui, comme nous, attendaient autrefois leur entrée dans la vie, les millions, sans une heure de santé parfaite pour en jouir, ne procurent que fiel et amertume. Nous ne demandons pas davantage à naître pourvus de nombreux quartiers de noblesse. Nous préférons le sang généreux au sang bleu trop vanté, caractérisé par une pauvreté notoire en corpuscules blancs. Nous n'exigeons pas des parents qui aient une hérédité exempte de toute tare et de toute tache, car nous savons une telle chose impossible à obtenir.

Il nous suffira d'avoir eu des grands-parents ayant vécu

vieux et de posséder un père et un désignées par un poète post-natal, même, le contrôle de soi-même, trouvaient la vie vers le souverain p être préservés de ces pères qui, au lieu de semer, comme ils le devaient, ont semé la maladie et la mort, les disent. Nous nous refusons à naître des abus, les toxiques et les agents nous exprimer publiquement notre honte que celui dont parle notre ami M. L. après trois avortements successifs, hydrocéphale portant, comme les trois stigmates de la syphilis. Nous tardive s'exhalant en ces mots (1) : *réfléchi à ce qui m'arrive aujourd'hui, venu de cela, je ne me serais certes pas de ce qui peut arriver à mon enfant moi un tourment de tous les instants pensée empoisonne ma vie.*

Oui, nous demandons d'être présents savons que leur repentir signifie grandissant avec les signes physiques paternelle, nous serons pour eux un dégoût, comme ils le sont pour nous pas non plus une mère qui — nous s'abreuve et nous empoisonne de douleur ou au troisième mois de la gestation, appelle un événement désagréable et de l'enfantement.

Une telle conduite fait bondir notre génération depuis notre *foramen ovale* mitées de nos villosités chorioniques sommes absolument incapables de d'une mère commettant un tel crime et qui, en d'autres circonstances, se tord en des accès hystériques à propos d'un mois ou *horrible dictu* du troisième

Plusieurs d'entre nous espèrent d'aujourd'hui, et nous ne serons pas assez il pour agir de la sorte.

Nous ne donnerons pas la préférence à ceux ou prédisposés à le devenir, déformations congénitales ou qui se folie, mais nous ne leur refusons pas et à la maternité, à condition que le père, car nous avons foi dans la thérapeutique à reprendre les voies physiques peu qu'ils y soient sollicités par nous, nous que le mal qui a été fait à un enfant peut être annihilé dans la suivante, *facilis descensus averni, sed res hoc opus est.*

Nous ne répudions pas absolument cousins-germains entre eux, pour

(1 et 2) En français dans le texte anglais.



# L'ÉCHO MÉD

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin

Rédacteur en Chef : F. CONBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la

### COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté; Bédart, professeur agrégé de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale; Delearde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Keraval, directeur de l'Institut Pasteur; De Lapersonne, professeur de clinique interne; Looten, médecin d'hygiène, membre du Comité; Moty, médecin principal; Potelet, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTELET, chef de clinique chir.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, E

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque chan

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Traitement de l'asystolie, par le docteur A. Delearde. — Sur un cas d'ophtalmoplégie nucléaire progressive, par le docteur E. Ausso. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS : A propos du phosphorisme professionnel, par le docteur H. Surmont. — VARIÉTÉS. — EXTRAITS PROFESSIONNELS — NOUVELLES ET INFORMATIONS — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Traitement de l'asystolie

Par le docteur A. Delearde,  
agréé, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur

Sous le nom d'asystolie il faut entendre, non pas comme semble l'indiquer ce mot, une suspension complète des battements cardiaques, ce qui entraînerait inévitablement la mort, mais un trouble passager dans la régularité du rythme du cœur.

L'asystolie est l'aboutissant de toutes les affections chroniques ou aiguës du cœur, de l'endocarde et de son enveloppe séreuse, le péricarde. Elle est la preuve clinique de la dégénérescence du myocarde qui, fatigué ou profondément altéré, n'arrive plus à surmonter l'obstacle à la circulation normale du sang, soit dans les cavités du cœur, soit dans les vaisseaux périphériques.

L'asystolie n'est pas fatalement mortelle et le même malade peut en présenter plusieurs attaques, mais au fur et à mesure qu'elles se répètent, elles deviennent

plus graves, elles plus profonde dans les forces ne tarder

Les crises d'asydiennes chroniques excès de fatigue ou d'émotions répétées l'appareil circulatoire infection microbienne des lésions parenchymateuses des vaisseaux.

La symptomatologie reconnaît. Le faciès injectés, l'asystolie intense due à une congestion par troubles s'ajouter d'autres à l'appareil respiratoire lente et peut même être toquée. L'auscultation tendre des râles normaux plus ou moins graves.

Les œdèmes, viscéraux comme intensité : cardiaques, infiltrer les bronches et, dans les cavités minérales et les membranes sereuses, le péricarde sont également le siège de la rate, les reins, etc.



les-ci doivent être cueillies avant la floraison, puis séchées, pulvérisées et conservées, à l'abri de la lumière et de l'humidité. Elles perdent ainsi une grande partie de leurs propriétés. La digitale doit être sous forme d'infusion de feuilles, soit sous forme de macération à l'eau. On se prescrit à la dose de soixante à quatre-vingts centigrammes de poudre de feuilles que l'on fait infuser dans cent cinquante grammes d'eau, on ajoute trente grammes d'un sirop édulcoré avec du pectin d'écorce d'oranges amères, de violettes, etc.

On peut aussi commencer par la dose de quatre-vingts centigrammes que l'on diminue chaque jour jusqu'à atteindre vingt centigrammes.

La digitale est plus active à froid, plus active selon POTAIN, la préparation de douze heures, elle se fait de la même façon.

On prend la potion par cuillerées à soupe et dans les vingt-quatre heures.

Des auteurs autorisés, POTAIN et HUCHARD, ont préparé une digitaline cristallisée, qui est le principe actif de la digitale, qu'il faut avoir recours dans l'asystolie, la préparation est toujours identique à celle de la digitale, sa composition et par suite dans ses effets. On n'expose pas aux échecs que l'on peut avoir avec l'emploi de la feuille trop vieille et du côté des spécialités pharmaceutiques de Digitaline de Nativelle, d'Homolle et Quéhoude, etc.), il existe une excellente

recrite au Codex

de digitaline et

ferment un mill

se est celle à e

le fois au mala

en y ajoutant un

règle par exempl

olique de digitaline

es d'oranges amère

.....

l'on recomman

is à une demi-l

proché à la digi

te les accidents

et dans l'organis

n asystolique pa

rtie fermés. Ce

il est facile, en usant de certaines précautions, d'éviter l'intoxication.

Pour cela il est préférable de donner d'un seul coup une dose maxima de digitale ou de digitaline plutôt que d'avoir recours à des doses fractionnées et faibles que l'on répète chaque jour. Ainsi administrée, la digitale reprend toute sa valeur thérapeutique et les craintes des praticiens à son sujet doivent se dissiper.

À côté des échecs dus à l'insuffisance de la dose de digitale ou à l'intoxication causée par la prise prolongée du médicament, il en est d'autres que nous devons maintenant étudier et qui, très utiles à connaître, pourront être souvent évitées.

Je passe sous silence les cas où le myocarde, complètement dégénéré par des lésions anciennes de myocardite chronique, ne peut plus répondre à l'excitation de la digitale. Ces cas sont inévitablement mortels, aucun médicament n'est susceptible de rendre la force à un organe atrophié. Le collapsus cardiaque est la terminaison fatale et irrémédiable, seuls les médicaments d'urgence, injections de caféine, d'éther, sont à employer pour essayer de prolonger l'existence du malade pendant quelques heures.

À l'exemple d'HUCHARD on distingue :

- A : des insuccès imputables au malade.
- B : — — — à la maladie.
- C : — — — au médecin.

A. *Insuccès imputables au malade.* — Il ne faut pas toujours conclure de l'impuissance de la digitale à l'impuissance définitive du myocarde, dit HUCHARD. Des exemples cliniques nous montreront bien l'exactitude de cette remarque.

Un malade atteint d'une affection cardiaque déjà ancienne tombe dans une attaque d'asystolie ; la digitale ordonnée selon les préceptes indiqués plus haut, reste sans effets ; la dyspnée persiste, les œdèmes ne se résorbent pas, l'asphyxie va en augmentant. Peut-on conclure que le cas est désespéré ? Non. Il faut, avant de porter ce pronostic grave, tenter une dernière intervention, car chez ce malade le cœur est forcé, ses cavités sont dilatées outre mesure par une quantité énorme de sang qui y stagne par suite des congestions périphériques et viscérales. Que faire ? Faites une saignée copieuse de 250 à 300 grammes de sang et vous verrez souvent qu'après l'évacuation la digitale rétablira la fonction cardiaque, ramènera la diurèse et sauvera votre malade.

Autre exemple : un d'une cardiopathie s'est semaines par la digitale d'aucun soulagement. Lui les œdèmes des men extrêmement étendus ; sante, semble devoir se distension énorme des succès du traitement dig sion exercée sur les vai dérable, et en dégageant le travail du cœur, car périphérique qu'il avait arriver à ce résultat. À chaque pied cinq à six entouré de tous les s (lavage au savon de le puis à l'alcool et à l'éth votre malade le séjour placer les jambes dans facilitera l'évacuation d jambes une fois dégonflé verrez ce médicament ré

Les mouchetures se grosse aiguille flambée, rable, avec un vaccino d'un bistouri stérilisé.

On enfonce l'instrument atteindre le tissu sous-cutané ont une tendance à se nouvelles mouchetures premières. Pour empêcher consécutive on prend sc dos du pied avec de l'eau possible, et de ne pas souillés. Au bout de vingt deux jours au plus, l'œd pour autoriser le malade position, l'écoulement mouchetures bien soigt accident.

Enfin chez un malade menté de volume, est le par sa congestion passive droites du cœur qu'il dis dialement à la digitale. le plus touché, faite appl quelques ventouses scarifi

**NORD**

gestion passive des poumons, elle relève d'hygiène et n'est que la traduction d'une dépuratoire insuffisante, le régime lacté absolu et peuvent l'améliorer.

**succès dus au médecin.** — Dans cette catégorie les observations où le médecin donne une p faible de digitale ou poursuit l'administration-médicament pendant un temps trop long.

le premier cas, sous le prétexte d'éviter l'usage et les accidents d'intoxication qui la rendent dangereuse, la digitale est ordonnée dans des proportions faibles. Le danger de l'accumulation existe réellement, mais il est facile de s'en préserver. Pour cela il faut donner une dose massive, un milligramme par exemple, en une seule fois, et de ne pas faire une nouvelle prise du médicament, si elle est nécessaire, dans les quinze jours suivants.

La méthode est la

le aux esprits ti

inspection un n

physiologischen

mêmes effets et

8.

## 1, les succès p

du traitement

orsque des doses

jour. Cette faç

ation dont les s

l'asystolie. L'a

œur entraîne ei

et cet organe avec

pression artérielle.

### Important losses

1 maximum d'a

nents qui peuv

, sous forme de

s, la belladone, l

administrée pou

résumé, quelle

d'asystolie ?

remier soin est

sérieux de faco

nents certains, n

lie avec une cris

e de relever le

e d'asystolie, de

« prédominant de fa

ôté et à prépar

### Notes to the Preface

menteux. Il est nécessaire de voir si l'œdème est abondant, si les congestions passives des viscères, foie, reins, poumons sont étendues, si la dilatation du cœur n'est pas poussée trop loin, si la sclérose de la circulation périphérique n'est pas la cause de certains signes dépendant de l'urémie. Enfin l'interrogatoire du malade permettra de connaître le nombre des attaques précédentes et leurs conditions étiologiques.

Ceci fait, on peut alors appliquer une thérapeutique rationnelle. Avant de recourir à la digitale, certains cliniciens ordonnent une purgation ; l'eau-de-vie allemande, ou des pilules de jalap et de scammonée sont habituellement employées en raison de leurs propriétés drastiques ; vingt grammes d'eau-de-vie allemande ou bien deux pilules de la formule suivante :

Résine de jalap . . . . .	} à 0 gr. 05 centigrs.
— scammonée . . . . .	
Poudre de réglisse . . . . .	q. s.
	pour une pilule.

Cette pratique est bonne, elle est même recommandable car elle provoque des selles liquides très abondantes. Le lendemain la digitale intervient et son meilleur mode de préparation est la digitaline cristallisée à cause de sa composition toujours uniforme et le dosage facile du principe actif. On donne un milligramme de digitaline soit en granule, soit en solution alcoolique, à prendre dans les vingt-quatre heures, sans l'associer à d'autres médicaments et sans en répéter la prise les jours suivants.

Douze ou quinze jours après, si on le juge nécessaire, une nouvelle dose de un milligramme pourra être recommandée de façon à maintenir la tonicité du cœur et à éviter le retour d'une nouvelle crise. Dans la suite, si le malade, par des soins hygiéniques et de sages précautions, ne s'expose plus aux accidents graves d'asystolie, il sera bon de le soumettre une fois par mois à la digitaline qui agira comme soutien du cœur et le préservera contre des défaillances funestes.

Pendant toute la durée de la crise d'asystolie le malade devra conserver le repos le plus complet au lit ou dans un fauteuil et suivre le régime lacté absolu. Le lait peut être coupé suivant le goût du malade avec les eaux minérales de Vichy, Vals, Saint-Galmier, Vittel, Contrexéville ou Evian. La quantité absorbée par jour peut atteindre deux litres que le patient boira par tasse d'heure en heure.

## Sur un cas d'ophtalmoplégie nucléaire progressive (1)

Par le Docteur E. Ausset,

professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des enfants à l'Université de Lille.

MESSIEURS,

J'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui une fillette de sept ans, Car... Cécile, entrée dans mon service le 6 avril dernier.

Nous ne possédons aucun renseignement sur les antécédents héréditaires de cette malade. Il s'agit en effet d'une enfant assistée du département, dont le père et la mère sont inconnus. Tous les renseignements que nous avons pu obtenir nous viennent d'une femme qui l'a adoptée depuis dix-neuf mois. A cette époque elle était, paraît-il, en parfaite santé, intelligente, ayant bon caractère, et depuis lors elle avait commencé à apprendre à lire et à écrire.

Le début de la maladie qui l'amène dans nos salles remonterait à six mois. L'entourage de l'enfant s'est d'abord aperçu que les yeux commençaient à se dévier, et qu'il y avait un peu de strabisme ; en même temps existaient de violents maux de tête et de temps à autre des épistaxis. Malgré cela l'état général restait bon et l'enfant se nourrissait très bien.

Bientôt on s'aperçut que la main droite devenait malhabile, et qu'il y avait un tremblement très manifeste à l'occasion de tous les mouvements voulus ; ainsi, au moment de porter un verre à sa bouche, l'enfant présentait un tremblement à grandes oscillations et renversait souvent une partie du contenu de son verre. En même temps la force diminuait dans ce membre supérieur droit.

Il y a environ un mois que l'on a observé que la marche devenait difficile et que le membre inférieur droit fonctionnait mal. Mais un peu avant, il y a deux mois environ, l'entourage avait remarqué que le langage devenait difficile ; la parole devenait traînante et peu nette. Il n'y aurait jamais eu de convulsions.

Ce qui vous frappe à première vue, Messieurs, quand vous examinez cette enfant, c'est son facies, si particulier qu'il attire incontestablement le premier l'attention. En effet, elle semble à moitié endormie, et, au repos, dans son lit, les paupières sont demi-tombantes, et vous avez un peu l'aspect du facies d'HUTCHINSON. Si vous interpellez cette malade et que vous lui dites de vous regarder, vous voyez qu'elle rejette immédiatement sa tête en arrière afin de mettre ses yeux dans la situation nécessaire à la vision.

(1) Communication à la Société centrale de Médecine du Nord, séance du 28 avril 1899.



Il y a un très léger degré d'atrophie, peu marquée, il faut bien le dire, du côté du membre inférieur droit : le mollet droit mesure 0m20½ de circonférence, le gauche 0m21 : la cuisse droite 0m31, la cuisse gauche 0m32. Les membres supérieurs sont égaux.

La peau est un peu épaissie sur toute la surface du corps ; elle donne assez la sensation d'une peau œdémateuse.

La sensibilité générale est intacte dans tous ses modes. L'ouïe semble intacte, autant qu'il est permis de l'apprécier chez cette malade qui répond assez mal à toutes les questions ; aussi, le goût et l'odorat ont été également explorés d'une façon défectueuse.

L'enfant a peu d'appétit. D'ailleurs, comme je vous l'ai dit plus haut, elle mange difficilement, une partie des aliments ne peuvent être saisis par la langue et sont rejetés au dehors.

Tous les autres appareils sont sains. Pas d'albumine dans les urines. Bon état général.

En résumé, Messieurs, nous sommes en présence d'une petite malade chez laquelle s'est d'abord installée une paralysie de la musculature externe des globes oculaires, c'est-à-dire une ophthalmoplégie externe bilatérale, laquelle ophthalmoplégie s'est bientôt compliquée d'une parésie de la langue, de paralysie du facial inférieur droit, et d'hémiplégie droite. Tout cet ensemble symptomatique s'est constitué progressivement en moins d'une année et s'est accompagnée dès l'origine de violents maux de tête.

Il ne s'agit évidemment pas ici de phénomènes hystériques, rien ne nous autorise à songer à la névrose, et tout nous éloigne d'un tel diagnostic. Il n'y a pas non plus trace de goître exophtalmique. Donc il nous faut rechercher le siège de la lésion dont est atteinte notre malade et nous verrons ensuite s'il nous est possible de déterminer la nature de cette lésion.

Ce qui vous a frappé, ce qui a ouvert la scène, n'est-il pas vrai, c'est la paralysie de l'oculo-moteur commun. C'est donc là que siège le mal, ou du moins qu'il a commencé son évolution.

Laissez-moi, pour une meilleure compréhension de ce que je vais vous dire, vous rappeler la disposition des noyaux de ce nerf. Vous savez que KAHLER et PICK ont démontré, par la méthode anatomo-clinique, que l'origine du moteur oculaire commun est dans la colonne grise située au-dessous de l'aqueduc de SYLVIVS et dans la paroi du troisième ventricule, colonne formée d'une série de noyaux échelonnés, distincts les uns des autres, et destinés aux divers muscles des yeux. Dans un groupe antérieur est le centre des filets nerveux destinés à la musculature interne de l'œil, muscles de l'accommodation et de l'iris. En arrière, sous l'aqueduc de SYLVIVS, sont les noyaux des filets destinés aux divers muscles externes de l'œil. Tous ces noyaux sont situés à la partie supérieure de la protu-

bérance, tout près des tubercles pédonculaires cérébelleux supérieurs. Vous savez, en outre, que le faisceau dans la protubérance en plusieurs séparés entre eux par des fibres et que la plupart des pédoncules cérébelleux vous enfin que les origines de gauche sont presque contiguës.

Eh bien, Messieurs, j'espère que vous pouvez deviner où siège la lésion. La lésion siège surtout au niveau du noyau gauche, empiétant sur le noyau restant, la règle, à cause de l'extrême proximité des noyaux. Ce siège de la maladie explique l'hémiplégie droite, puisque le cône pyramidal gauche est aussi presque jamais d'être atteint par les noyaux gris de l'oculo-moteur commun facial inférieur, c'est que le faisceau de la protubérance et qu'il y a un recroisement des fibres cortico-spinales.

Quant à la titubation, la décompensation explique tout naturellement, de la paralysie, par le voisinage des pédoncules et supérieur.

Mais, Messieurs, vous vous en présentez des troubles du côté de la langue déjà assez nette, sans atrophie marquée. Il faut donc que la lésion a pour intéresser l'hypoglosse.

En résumé, notre enfant a une lésion d'origine nucléaire, progressive, et après avoir intéressé primitivement l'oculo-moteur et secondairement le facial gauche et les faisceaux cérébelleux est en train de se propager vers la langue.

Quelle est cette lésion ? Vous voyez de l'œil droit on a constaté un exophtalmos. S'agit-il donc ici d'une méningite tuberculeuse, soit syphilitique, progressive, ce qui expliquerait les troubles avoisinants, aux nerfs optiques.

Cela est très possible, et mériterait d'être en ligne de compte. Toutefois je vous avoue que cela ne me satisfait guère. Je m'explique d'une méningite, et l'intégrité générale, l'absence de phénomènes méningitiques. Mais il y a plus : l'intégrité de la vision nous permet d'affirmer que la lésion portait en dehors des nerfs optiques, alors que toutes les fibres nerveuses de la musculature interne et externe de

ucléaire,  
itaire ou  
rfs eux-  
reste, de  
mixtes,  
e, et des

ntoxica-  
lu tabes.  
s permet

nerveux  
us infec-  
; phéno-  
fant n'a  
it, pour  
maladie  
e l'appar-

syphilis  
u d'une  
tumeur

permet  
aucun  
assistée,

toujours  
éliminer  
des soli-  
tubercu-

ppement  
e semble  
t.  
ez notre

le l'oph-  
ite, car,  
il y en a  
nnaires,  
progres-

re forme

iquer de  
nt cons-  
tes, soit  
culaires  
lle suive  
r débuté  
gagne le

bulbe et touche soit les centres sécrétoires, d'où les symp-  
tômes possibles de polyurie, d'albuminurie, de glycosurie,  
soit les noyaux des nerfs bulbaires, d'où, par exemple,  
paralysie labio-glosso-laryngée.

Eh bien, Messieurs, notre malade me semble devoir être  
rangée dans ces derniers cas. Sa lésion semble évoluer vers  
le bulbe puisqu'il y a déjà de la glossoplégie ; la paralysie  
labio-laryngée viendra plus tard. Des faits semblables ne  
sont pas rares et dans la thèse de Durova vous en trouverez  
relatés un certain nombre.

Dans d'autres circonstances, ce n'est pas vers le bulbe  
que la lésion progresse ; elle reste limitée à la protubé-  
rance, mais elle gagne d'autres noyaux nerveux, par  
exemple le trijumeau.

Enfin, GUINON et PARMENTIER ont cité des exemples  
remarquables, où la maladie dépassait le bulbe et gagnait  
la moelle.

Il peut arriver que, suivant une marche inverse, l'oph-  
thalmoplégie ne survienne que comme complication d'une  
affection bulbaire ou médullaire primitive. Chez les adultes,  
vous verrez, par exemple, des tabétiques devenir des  
ophthalmoplégiques.

En somme, Messieurs, chez notre enfant, la glossoplégie  
semble indiquer qu'il y a un certain degré de poliencéphalite  
inférieure qui est venue se surajouter à la poliencéphalite  
supérieure du début. La lésion semble descendre, par  
suite le péril s'accroît, il est même menaçant. Aussi ferai-je  
les plus grandes réserves non seulement pour la guérison  
de sa maladie, mais pour sa plus ou moins grande durée.  
Je crains que si la phase bulbaire continue à s'accroître,  
l'évolution de la maladie en soit très raccourcie, car on a  
vu dans ces cas la mort survenir en moins d'une année.

Etant donné que très souvent la syphilis est à l'origine  
de cette affection, bien que nous n'ayons aucun renseigne-  
ment ni aucun indice clinique qui viennent nous éclairer,  
je suis d'avis d'appliquer à cette malade un traitement  
anti-syphilitique intensif ; c'est ce que l'on est en train de  
faire dans le service.

En cas d'insuccès, nous essaierons la strychnine, qui  
donne quelquefois des améliorations. Enfin nous aurons  
recours à l'électricité, à l'aide d  
séances très courtes, en applicu  
EAB, le pôle positif sur l'une  
négatif sur le côté opposé de la

## Bulletin-Memento des

### Académie des Scienc

GUILLEMONT montrent exp  
grossesse met l'organisme ex  
tance.

**Académie de Médecine.** — Pour M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, dans des plaies pénétrantes de poitrine, il faut non seulement ne point pratiquer d'interventions, mais encore éviter au patient les moindres mouvements.

— D'après M. FRANÇOIS-FRANCK, l'acide vanadique et les composés vanadiés donnent de bons résultats dans la chlorose, l'anémie et la tuberculose.

**Société de Biologie.** — MM. COURMONT et DOYON ont expérimenté la méthode de BACCELLI (injections d'acide phénique) dans le traitement du tétanos. Ils n'ont obtenu aucun résultat.

**Société de Thérapeutique.** — Suivant M. BARDET, la dose de l'exalgine ne doit pas dépasser 30 centigrammes *pro die*. Il faut l'ordonner en cachets et non en potion.

**Société de Médecine et de Chirurgie pratiques.** — M. GUILLON forme le vœu que les morphinomanes puissent être internés jusqu'à complète guérison.

**Société d'Obstétrique.** — M. VARNIER estime que certaines opérations sur le col peuvent être une cause de dystocie pour l'avenir. M. DOLÉRIS a pu suivre 78 cas, où la grossesse et l'accouchement se sont effectués normalement.

## Analyses de Mémoires français et étrangers

### A propos du phosphorisme professionnel

Dans un article précédent (*Écho médical du Nord*, 29 janvier 1899), nous avons mis en relief l'importance, au point de vue de l'hygiène professionnelle et de l'hygiène publique, de la découverte de MM. SEVÈNE et COHEN. Dans la fabrication des allumettes, ces ingénieurs ont remplacé le phosphore blanc par le sesquisulfure de phosphore, corps non toxique, et tari ainsi dans leur source les accidents du phosphorisme. Voici que dans un article suivant : Le phosphorisme professionnel (*Presse médicale*, 3 mai 1899), M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des malsaines usines de Pantin-Aubervilliers, vient de remanier complètement les notions classiques sur le phosphorisme professionnel. Il réduit la part scientifiquement établie de l'intoxication phosphorée à la nécrose et comme accidents généraux à l'odeur alliée particulière de l'haleine et des urines, à l'anémie peu grave mais assez fréquente surtout chez les femmes, à l'albuminurie peut-être, mais avec cette restriction qu'elle ne s'accompagne presque jamais des autres symptômes du mal de BRIGAT.

D'après M. COURTOIS-SUFFIT, tout le reste des prétendus accidents occasionnés par l'intoxication phosphorée serait imputable à l'intoxication alcoolique, à la fatigue, à une hygiène défectueuse, bref, à toutes les causes banales qui augmentent la morbidité dans la population ouvrière, particulièrement dans l'industrie. Il est juste d'ajouter que les travaux de M. COURTOIS-SUFFIT ne font que corroborer une opinion émise déjà et appuyée de recherches très consciencieuses par M. ARNAUD, médecin des usines de Marseille.

Des travaux de ces deux : l'un a certainement exagéré la fréquence de cet accident est justifiée, le coefficient de déminéralisation des ouvriers des fabriques d'allumettes n'est pas plus fréquentes chez eux que pas d'une façon plus exagérée la mortalité infantile n'est pas plus élevée dans la population ouvrière.

On voit, après ces recherches de SUFFIT, qu'il reste peu de chose à dire de l'intoxication phosphorée, en particulier voulu appeler l'attention sur ce point important. Il semble en être comme de beaucoup d'autres choses, dont l'histoire n'est que incomplète et des généralisations quelque jour l'occasion de.

## VAR

### La Chirurgie moderne et constipée

« Mon cher Dir.

« Je lis avec grand intérêt votre *Chirurgie*, toujours clair et intéressant journal. C'est une des sociétés pour nous autres praticiens pouvant plus suivre de près la chirurgie, nous nous tenons vivantes des maîtres de l'art.

C'est avec un grand plaisir que l'opérateur se simplifier de jour en jour les nécessités pour assurer la plus abordable pour nous inutiles, ces nuages phéniques desquels tout bon opérateur qui d'opérer, ces véritables inondations de liquides prétendus antisepsiques étaient transformées en arsenaux réservoirs, robinets. Du liquide le chirurgien en bottles ou en égouttoirs barbotant dans le venaient d'Allemagne n'avait rurgiens et ont vite disparu paraissait revenir à une simple autoclave, souvent même stérilisés, de l'eau stérilisée sublimé, plus d'iodoforme, de presque nues. C'était l'âge d'

Mais, si j'en crois vos comptes et la chirurgie du XX<sup>e</sup> siècle la simplicité. J'avais déjà lu, et ne devait plus opérer qu'avec et le champ opératoire une barrique. Deux orifices pour les yeux et des Touaregs ! Aujourd'hui même les actes les plus fâcheux bien aimable, mon cher Dir.



mplicité,  
y a la un  
irurugi n  
le vent  
et, dans  
je vois  
s encore  
toyer la  
orter les  
antisept-

ue nous  
n 1900 ?  
ans une  
res que  
oir être

es ? On  
plus de  
ait pour  
n'était

avec sa  
constipé  
as votre  
me moi.  
n'a pas

re radi-  
le cette  
i connu  
vu une  
nombre  
l'élimi-  
traire,  
telques  
a plaie,  
n quali-  
ns bien  
jamais  
et sans  
ne, j'ai  
lre des  
elui-ci,  
s cons-  
pèrent  
pliquer  
aux, la  
rendre  
l'esprit  
rofane  
étaient  
e mise  
service

ées le :

comptes rendus des dernières séances de la Société de Chirurgie. Je suis peut-être dans l'erreur ; l'avenir nous l'apprendra. Nous avons déjà les chirurgiens radicaux ou opportunistes (pour le traitement de l'appendicite s'entend !) Nous allons maintenant les diviser en masqués ou non masqués, gantés ou non gantés. Pourvu que le désir de faire toujours de plus en plus fort ne hante pas ceux qui n'ont encore rien dit ; s'il en est ainsi, je tremble en songeant aux précautions qu'on nous forcera à prendre au siècle qui vient.

Le public est prévenu, et les médecins n'ont qu'à bien se tenir. Vienne une complication d'ordre septique pour une plaie ou un accouchement, et l'on traînera devant les tribunaux le malheureux qui ne s'est pas masqué, qui a négligé le gant ou qui, le matin, avant de faire ses visites... ; mais je m'arrête, cher Directeur, j'ai trop abusé de l'hospitalité de votre estimable journal, j'ai déjà trop parlé. Nous autres, provinciaux, nous n'écrivons pas souvent ; aussi, faute d'habitude, nous ne savons nous arrêter. La *Gazette* avec nous pour ne pas nous compr

## INTÉRÊTS PROF

### Assistance médicale Délivrance des médicaments

L'application de la loi du 13 juillet 1898, relative à l'assistance médicale gratuite, a soulevé, dans sa dernière séance, une question sur laquelle le Conseil municipal a statué, a proposé une solution, et les pharmaciens pourront, le cas échéant, faire valoir leurs droits.

Dans une commune du département de la Seine, les deux pharmaciens, bien qu'ils payaient le tarif départemental, s'étaient vu refuser, en 1898, les ordonnances délivrées par le Comité de l'assistance médicale gratuite. Le Ministre de l'intérieur, avec la participation des médecins, le soin de préparer les médicaments et de les fournir, au moins dans les communes où ils n'y en avait pas, ne leur permettait pas aux assistés d'aller chez les pharmaciens de la ville la plus voisine. Le Comité de direction des services médicaux de l'État.

Le Comité de direction des services médicaux de l'État, aux termes de la loi du 21 juillet 1898, a été modifiée sur ce point, les médicaments que dans les communes où il n'y avait pas de pharmacien ayant officine, que si des médecins délivraient des ordonnances de la commune en cause, ces ordonnances ne donnaient pas lieu à des poursuites qui auraient pu leur être suivies de condamnation pécuniaire. Les pharmaciens, en l'espèce, n'étaient pas autorisés à refuser, motivé par l'insuffisance des prix.

Or, la loi du 21 germinal an 3 avait mis les pharmaciens à un tarif fixe.

La conclusion du comité de l'hygiène n'avait pas fait faire un

pourvoir à la bonne exécution médicale, en assurant la fourniture des personnes appelées à bénéficier de celle-ci. Il se demanda si, en présence d'une telle situation, la vieille loi de l'an XI n'était pas périmée. Et il soumit la question : serait-il pas possible, disait-il,

de prétendre que le refus opposé par un pharmacien, en semblable circonstance, de fournir des remèdes aux conditions du tarif réglementaire, équivaut en effet à l'absence de pharmacien ; que celui-ci, se dérochant à son rôle, perd le droit à se prévaloir d'un monopole et autorise le médecin à agir comme s'il n'existait pas de pharmacien dans la localité ?

Il convient, en effet, qu'admettre une autre opinion, serait reconnaître aux pharmaciens la possibilité de mettre en péril la santé publique, d'une part en exigeant un prix exorbitant de leurs remèdes, de l'autre en se retranchant derrière leur monopole pour empêcher les médecins de procurer aux malades les médicaments que ces médecins jugeraient nécessaires. »

Voici maintenant l'avis délibéré et adopté par le Conseil d'État, dans ses séances des 7 et 13 juillet 1898.

Le Conseil d'État : — Considérant qu'aux termes de l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 15 juillet 1893 tout Français malade et privé de ressources, reçoit gratuitement l'assistance médicale ; — Que, pour réaliser l'effet de cette disposition impérative, l'art. 4 de cette loi a donné aux Conseils généraux des départements la mission d'organiser le service de l'assistance médicale, et, par conséquent, prévu le concours des personnes exerçant l'art de guérir, notamment des médecins qui visitent les malades assistés et instituent le traitement, et des pharmaciens qui préparent et délivrent les médicaments prescrits par ces médecins ; — Que, dans le cas où il n'existerait pas, dans la commune d'un malade assisté, de pharmacien consentant à donner son concours aux conditions établies en application de l'art. 4 de la loi précitée, il appartient au médecin, pour éviter que cette loi ne soit mise en échec, de remplir seul la tâche de l'assistance médicale ; — Que, dès lors, cette situation exceptionnelle peut être considérée comme plaçant le médecin dans le cas prévu par l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI ; — Est d'avis de répondre dans le sens des observations qui précèdent.

Conclusion pratique : contrairement aux craintes exprimées par le comité de direction des services de l'hygiène, les médecins peuvent légalement, — dans le cas où les pharmaciens refusent de délivrer, pour le service de l'assistance médicale gratuite, des médicaments aux prix portés au tarif départemental, — distribuer eux-mêmes les médicaments aux malades de l'assistance gratuite auxquels ils donnent des soins. Ils ne commettront, en ce chef, aucune infraction aux prohibitions de la loi du 21 germinal an XI, et le prix des médicaments par eux fournis leur sera remboursé conformément au tarif.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

### COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Delearde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Duhamel, professeur de clinique chirurgicale ; Gaudin, professeur de clinique chirurgicale ; Gauvin, directeur de l'Asile d'aliénés ; De Lapersonne, professeur de clinique ; Loozen, médecin des hôpitaux ; Macquart, membre correspondant de l'Académie de Médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grec ; Pottier, professeur agrégé, chargé d'un cours de clinique ; Potel, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et INGEL

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la République.  
Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque changement d'adresse :

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein, par le docteur Carlier. — Sur la composition chimique et histologique des épanchements pleurétiques séro-fibreux, par le docteur G. Carrière. — Cystite hémorragique consécutive à une injection accidentelle d'eau phéniquée, par le docteur Potel. — Hémogloburie au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, par l'externe Chancel. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES : Compte-rendu de la séance du 26 mai 1899 de la Société centrale de Médecine du Nord : Calculs du rein, Néphrolithomie, par le docteur Carlier ; Sarcome de l'ovaire, par le docteur Folet ; Tumeur du naso-pharynx, par le docteur Lambret ; Résection de l'estomac, par le docteur Lambret ; Cystite hémorragique consécutive à une injection intra-vésicale d'eau phéniquée, par le docteur Potel. — NOUVELLES ET INFORMATIONS — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein

Par le docteur Carlier  
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Il n'est pas sans intérêt de suivre l'évolution qui s'est faite, depuis dix ans, dans l'esprit des chirurgiens français, sur la conduite à tenir dans les cas de tumeurs malignes du rein. Si l'on se reporte à la consciencieuse thèse de GUILLET, parue en 1888, on y peut lire que les indications de la néphrectomie pour tumeur du rein sont restreintes, que l'opération pourra être indiquée lorsque le diagnostic aura été établi d'une façon précoce, ce qui est difficile, ou lorsqu'à une époque plus avancée, le chirurgien se trouvera en face d'une tumeur à marche lente survenue chez un adulte vigoureux. Chez l'enfant, ajoutait GUILLET, la néphrectomie sera réservée à des cas particulière-

ment favorables ; chez le vieillard rejetée d'une façon générale.

Et GUILLET avait retrouvé 28 cas pour carcinome du rein, avec 21 morts mais celles-ci se maintenaient du temps pour qu'elles puissent coiffer une effrayante mortalité opératoire. Si j'interroge le professeur GUYON, avait l'inspiration de son maître, et qu'étaient analogues à celles formulées par BILLROTH, GROSS, BRODEUR, etc., et ceux qui s'étaient occupés de l'indication chirurgicale dans les tumeurs malignes, prendra aisément que son travail pour enhardir les chirurgiens d'opérer le cancer du rein.

Trois ans plus tard, en 1891, CHEVALIER, également inspiré par GUYON. Le cystoscope était connu puissamment les chirurgiens dans le cas de certaines lésions vésicales à la cystoscopie il était possible, la néphrectomie, de découvrir quel était le volume de l'organe percé. C'était un progrès, mais tout relatif, car il est loin d'être un symptôme fréquent du cancer du rein et chacun sait que chez l'enfant. Aussi l'appréciation de l'indication à la néphrectomie pour tumeurs

naires énormes, du volume des deux poings, étés au long du hile du rein et près de la vertébrale. M. LEGUEU en déduisait que, sur un malade porteur d'un néoplasme rénal, nait un varicocèle récent, on peut conclure tumeur se surajoute déjà une propagation naire, et que *le néoplasme a déjà dépassé les la curabilité* ; qu'il faut donc en rabattre des es qu'on était en droit de fonder sur une tion précoce et hâtive. La néphrectomie seule dès lors une méthode inefficace ; il faut y la recherche et l'extirpation des ganglions es, ou considérer la tumeur comme inopé-

u'on fût généralement peu interventionniste e, les recherches de M. LEGUEU étaient plutôt geantes encore. Et cependant elles ne comman- r'un manuel opératoire plus complet, mais ent délicat, le curage de la dangereuse région u hile du rein. Par contre elles étaient un t de plus en faveur de l'abstention qui justifiée par les trois raisons suivantes : te mortalité de la néphrectomie (62 p. 100, r, TUFFIER), le développement souvent pré- adénopathie enfin et surtout la *marche lente* r du rein cer du re e croit u un mala inq ans d uit satisfi onée, à l' thèse de tion d'u 'un canc reste exc avait été t récemm volumine lade n'a ion d'héi jours jusc r'est pas inus, coi JACCOUR

WALDEYER, YERZYKOWSKI (17 ans), etc. Dans tous ces cas, l'abstention peut avantageusement soutenir toute comparaison avec la néphrectomie.

La thèse de M. HERESCO, ancien interne du professeur GUYON, thèse qui vient de paraître et que son auteur a eu l'obligeance de m'adresser (1), cherche à créer un revirement de l'opinion des chirurgiens français en faveur du traitement opératoire du cancer du rein.

C'est à l'étranger que l'auteur est allé chercher ses arguments, aussi fait-il les honneurs des premières pages de son travail à deux observations du professeur KROENLEIN, de Zurich, et du professeur ISRAËL, de Berlin, qui semblent bien montrer que l'intervention chirurgicale peut amener une guérison complète. La survie est, en effet, de treize ans dans le cas de KROENLEIN, de onze ans dans celui d'ISRAËL. Certes ce sont là des résultats qui plaident en faveur de la curabilité du cancer, et M. HERESCO les sert de suite comme premier attrait à ses lecteurs, mais j'ai dit plus haut qu'un cancer du rein non opéré pouvait durer treize ans ; voyons donc les raisons mises en avant par l'auteur pour inciter les chirurgiens français à l'intervention.

M. HERESCO a dressé une statistique nouvelle. Celle de CHEVALIER s'arrêtait à l'année 1890 ; M. HERESCO a réuni toutes les observations de néphrectomie pratiquées depuis 1890 jusqu'en 1898 ; or, tandis que CHEVALIER était arrivé à une mortalité opératoire de 62 0/0, M. HERESCO arrive, avec ses cas récents, à 20 0/0 de mortalité. Ceci concerne l'adulte, mais ce serait mieux encore, paraît-il, dans l'enfance, puisque la mortalité y tombe à 17 0/0, au lieu des 40 0/0 pour les cas opérés avant 1890 !

La mortalité opératoire serait donc moindre chez l'enfant : celui-ci, tout comme l'adulte, sinon plus que lui, supporte l'intervention ; il la supporte même si bien que M. HERESCO, d'accord en cela avec l'opinion récemment émise par ALBARRAN au chapitre « Rein », dans le nouveau *Traité des maladies de l'enfance*, affirme que l'opération doit être recommandée dans le jeune âge. Que nous voilà loin déjà des conclusions de GROSS, de FISCHER et de CHEVALIER, qui blâmaient la néphrectomie chez l'enfant !

Je n'émetts assurément aucun doute sur les chiffres obtenus par M. HERESCO. Il en est, en effet, de la

néphrectomie comme de bi manuel opératoire est auj technique s'est bien perfe Ses indications ont elles-n giens s'attaquent de moins volumineuses et adhérente mesure du possible, des s'adressent à des tumeurs cléables. Il en résulte natu du taux de la mortalité op

Mais ce qui me paraît su la statistique de M. HER 165 cas de néphrectomies est 14 qui concernent des a supra-rénales. Or, jusqu'ici considérer ces tumeurs bénins. Je sais bien qu'il e de distinguer cliniquement rein d'avec les tumeurs m moins que M. HERESCO a fi globale de ces 31 cas où les ment favorables. Voyons éloignés de l'intervention.

L'auteur admet presque y a récurrence, celle-ci survie consécutifs à l'opération, i sorte qu'un opéré dont le c divisé après deux ans, a les rester guéri d'une façon sin durable. J'ai déjà cité deux ca ce sont certes les plus prof rapporte une série d'autres encore survenue après un six ans. C'est là un résultat que, si l'on se reporte aux à 1890, on trouverait avec q opérés qui ont survécu plu (HERESCO).

Ainsi donc, abaissement triple de la mortalité opérati est tombée à 20 0/0 ; survie s l'intervention, voilà ce qui enquête à laquelle s'est livré point ressort de son étude, c' *diagnostic précoce*. C'est là qu rénale pour les cas qui nou tout indiqué que l'auteur co

(1) HERESCO. Thèse Paris, 1899.

, dont la cause est indéterminée. On aurait eurs de croire à la gravité de ce mode d'ex- du rein, car la néphrotomie est une opération orsqu'elle est faite par un chirurgien un peu ité. Elle est, en tout cas « le meilleur moyen ion du rein que nous ayons à l'heure actuelle ». Mais, pour en retirer tout le maximum de la faut pratiquer largement, de manière à squ'au bassin et à exposer à la vue la plus ace possible de tissu rénal.

a part, devant la gravité de la situation que malade atteint de néoplasme du rein une on faite tardivement, je n'aurai aucune hés- l'avenir, en cas de doute sur la nature d'hé- rénales importantes, de proposer au malade yment l'incision lombaire, mais au besoin énale, quitte à terminer mon intervention néphrectomie si je découvrais un petit e périphérique ou central et si mes examens s m'ont convaincu de l'existence et du bon eiment du rein congénère.

ira-t-on, il se peut que l'hématurie tienne à cause qu'à un néoplasme, et dans ce cas fice retirera le malade de cette incision du réponse est facile. D'assez nombreuses ob- s démontrent, en effet, que la taille rénale a r des hémorragies graves qui étaient sous lance d'une tuberculose primitive ou de ces core mal définies et imperceptibles à la vue uelles on a créé la dénomination impropre ies essentielles.

mé, M. HERESCO a voulu démontrer, dans son i'en s'attaquant tôt aux tumeurs malignes du s dépistant à leur début, les chirurgiens ren- néphrectomie beaucoup moins grave et pou- érer des survies assez longues pour croire à son radicale. .

elles, il ne me rançais seront l iurugiens alle ncore beauco s d'un assez gr comme contre néralisation d hérences avec

## Sur la composition chimique et histologique des épanchements pleurétiques séro-fibrineux

par le docteur G. Carrière,

Professeur agrégé des Facultés de Médecine,

Chef du Laboratoire des cliniques à l'Université de Lille.

Plusieurs auteurs ont déjà étudié la composition chimique des épanchements pleurétiques séro-fibrineux, mais il me semble qu'aucun n'a entrepris l'étude systématique des cas. Tous envisagent des éléments séparés.

C'est ainsi que NAUNYN<sup>1</sup> y trouve de l'acide urique et de la cholestérine; NEUKOMM et NAUNYN<sup>2</sup> de la leucine, de la tyronine et de la xanthine; c'est ainsi qu'EWALD<sup>3</sup> considère surtout la teneur en CO<sup>2</sup>; que GORUP-BEZANES<sup>4</sup> envisage la parafibrine et MÉHU<sup>5</sup> la fibrine; c'est ainsi que SALOMON<sup>6</sup> y recherche le glycogène.

Aucun ne donne de résultats généraux ni d'étude d'ensemble. Depuis l'année 1896, époque à laquelle je commençais mes travaux sur les pleurésies avec épanchements, j'ai étudié systématiquement, au point de vue clinique, le liquide retiré par la thoracentèse.

J'ai aussi colligé dix-huit analyses fort complètes. Les unes ont été faites à ma prière par M. SOULARD, pharmacien-adjoint des hôpitaux de Bordeaux, que je suis bien heureux de remercier ici; les autres ont été faites par moi. Ce sont les résultats de ces recherches que je voudrais brièvement consigner ici.

**Densité.** — La densité des liquides examinés est variable. Elle oscille entre 1.005 et 1.035. Les chiffres les plus habituels sont de 1.015 à 1.025. On ne peut utiliser cette donnée pour le diagnostic de la cause de l'épanchement ni pour le pronostic de l'affection.

**Coloration.** — Leur couleur est ordinairement jaunâtre, citrine. On observe souvent une véritable opalescence: le fait est très fréquent. On ne saurait mieux faire que de comparer cette coloration à celle du sérum sanguin comme l'a fait KRÜCKENBERG. Jamais je n'ai vu ces liquides colorés par des pigments biliaires, je dois à la vérité de dire que je n'ai jamais observé de pleurésie bilieuse. Je n'ai jamais rencontré non plus de liquides pleurétiques bleuissant à l'air, comme GUTLMANN et GERHARDT en ont rapporté des exemples.

**Réaction.** — Elle est toujours alcaline.

**Dépôt.** — Peu de temps après sa sortie de la plèvre

le liquide se coagule partiellement. Le coagulum est formé et constitué de flocons de fibrine plus ou moins altérés.

**Fibrine.** — La quantité de fibrine à doser nous avons toujours pu la doser nous avons toujours pu la dessiccation. Nous avons ainsi oscillant entre 0 gr. 120 et 0 gr. 250. Le chiffre moyen 0.250. Elle varie suivant la cause de la pleurésie. Les épanchements pleurétiques dus au bacille tuberculeux sont moins riches en fibrine; ceux qui surviennent au cours des pleurésies métapneumoniques au contraire des doses énormes (0 gr. 40). Il y a peut-être là un moyen pour reconnaître la nature d'un épanchement. On ne peut, ceci étant mis à part, faire un pronostic de l'affection en se basant sur la teneur en fibrine. Peut-être, mais je n'ai pu constater que les épanchements les plus riches en fibrine sont rapidement curables: je le crois. Les épanchements les plus pauvres en fibrine sont trop peu nombreux pour servir de base à une étude.

En tous cas ce que je crois certain, c'est que les épanchements les plus riches en fibrine se transforment qu'exceptionnellement en abcès.

**Éléments dissous.** — Les éléments organiques et des matières minérales en abondance est variable et oscille entre 10 et 60 grammes pour un litre. Les chiffres les plus habituels sont de beaucoup les plus élevés. Cette notion du poids des éléments dissous n'est d'aucune utilité, ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic.

Le rapport des matières organiques et des matières minérales est en moyenne de 60 grammes de matières organiques pour 60 grammes de matières minérales. Les épanchements de qualité moyenne renferment 10 grammes de matières organiques et 60 grammes de matières minérales dissoutes pour 60 gr. de liquide. Ce rapport ne varie guère suivant la cause; il ne peut point servir de base à un diagnostic. Il paraît cependant que la teneur en matières organiques serait plus abondante dans les épanchements destinés à subir la transformation en abcès.

**Albuminoïdes.** — Les exsudats pleurétiques sont riches en albumine. Le dépôt de l'albumine, c'est une réaction courante. La quantité d'albumine oscille entre 20 gr. et 60 gr. par litre.



autres cas, au contraire, elle était maxima. En tous les cas elle ne saurait nous guider pour le pronostic.

*Acide urique.* — Pour doser l'acide urique dans nos liquides nous avons eu recours à la méthode du Professeur DENIGÈS, que je n'ai pas à décrire ici. On trouve l'acide urique dans 90 0/0 des cas. Mais la quantité d'acide urique est toujours fort minime, de 0 gr. 01 à 0 gr. 50, rarement plus. Les épanchements les moins riches en acide urique sont ceux de nature tuberculeuse. Dans ces cas on ne relève que des traces impondérables.

Il est un fait notoire, c'est que l'acide urique était surtout abondant lorsqu'ultérieurement on a noté la transformation purulente. Il y a là, semble-t-il, un élément très important de pronostic et, toutes les fois que cette évolution a été observée, les exsudats renfermaient plus de 0,40 centigrammes d'acide urique.

*Sels.* — On trouve dans les exsudats des chlorures, des phosphates et des sulfates. Pour l'analyse nous avons eu recours aux divers procédés habituels.

Les chlorures sont surtout abondants. On en trouve de 3 grammes à 20 grammes par litre, mais il n'y a aucun rapport entre cette proportion et le diagnostic ou le pronostic de l'affection. Les phosphates sont moins abondants. On ne trouve que de 70 centigrammes à 1 gramme d'acide phosphorique total. Cette dose est surtout énorme dans les épanchements qui, ultérieurement, deviendront purulents. Quant aux sulfates nous n'en n'avons jamais trouvé que des doses infimes de 0 gr. 01 à 0 gr. 10. On trouve souvent enfin des traces de matières grasses.

NEUKOMM et NAUNYN ont signalé l'existence, dans les exsudats que nous étudions, de leucine, de tyrosine et de xanthine. Nous ne

contrés : deux fois sur possible d'y rattacher

Comme SALOMON<sup>6</sup> le glycogène. Au spectroscopé de bandes d'absorption l'hémoglobine dans qu

*Toxicité.* — La toxicité n'est pas très considérable. (

20 centimètres cubes de solution intra veineuse, la toxicité ne nous a pas la cause ni avec le pro

*Examen histologique*

dans les exsudats étudiés : a) des éléments cellulaires ; b) des cristaux.

a) **Éléments cellulaires.** Ce sont des globules rouges, des globules blancs, des cellules dégénérées.

Les globules rouges sont en nombre variable. De 500 à 12 et 15 000 par millimètre cube. Je ne crois pas, contrairement à certains auteurs, qu'il y ait une relation quelconque entre le nombre des globules rouges et la suppuration ultérieure de l'épanchement.

Le nombre des globules blancs est variable. Il oscille entre 500 à 5,000. Il ne semble pas y avoir non plus de rapport avec la purulence ultérieure possible. Ce sont les mononucléaires bilobés qui dominent. Les éosinophiles sont en nombre infime, contrairement à ce que nous avons constaté dans les épanchements hémorrhagiques<sup>7</sup>.

Enfin on rencontre des cellules dégénérées. Ce sont ordinairement des éléments ovales ou vésiculeux, à protoplasma granuleux et neutrophiles à noyaux peu colorés ou fragmentés. On trouve encore des cellules ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse ; on en rencontre aussi qui sont au contraire en pleine karyokynèse : ceci n'a aucune importance.

b) En fait de cristaux on a pu rencontrer des cristaux de tyrosine et de cholestérine et des boules de leucine. Je n'ai jamais trouvé que des cristaux d'oxalate de chaux et de cholestérine. Ces derniers s'observent de préférence dans les formes qui suppuront.

Arrivés au terme de cette étude il nous faut synthétiser :

1° L'étude chimique et histologique des exsudats dans les pleurésies aiguës séro-fibrineuses peut nous fournir quelques données importantes pour le diagnostic et pour le pronostic. Il ne faut pas néanmoins être trop absolu.

2° On pensera à une pleurésie tuberculeuse toutes les fois que l'épanchement sera pauvre en fibrine, en urée, en acide urique, en sels minéraux.

3° La guérison sera rapide lorsque l'exsudat sera riche en fibrine, en urée et en sels minéraux.

4° Il y aura lieu de craindre la transformation purulente lorsque l'exsudat renferme beaucoup de matières organiques ; des propeptones, de l'acide urique, de la cholestérine.

5° Il ressort de ces faits que les épanchements séro-fibrineux des pleurésies aiguës présentent une composition fort voisine de celle du sérum sanguin. Les modifications observées tiennent sans doute aux pro-

duits de décomposition des cellules enflammées, à ceux des globules.

Ce sont là les seules conclusions de nos recherches. Celles-ci sont trop peu nombreuses pour en tirer des règles absolues. Elles peuvent être une voie aux chercheurs. Elles seront sans doute, dans une certaine mesure, le pronostic et le pronostic du praticien.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. — NAUNYN. Über Seroe transsudat. IX.
2. — NEUKOMM et NAUNYN. In Ziemsen's Handb. d. Pleuritis.
3. — EWALD. Untersuchungen 3. C. über die Exsudate der Menschen. Reichert's Archiv, 1873.
4. — GORUP-BEZANZ. Lehrbuch d. Pathologie. Braunschweig. 1873.
5. — MÉHU. Trouvé in Ziemsen's Handb. d. Pleuritis.
6. — SALOMON. Sitzung der Berliner Gesellschaft. 9 fév. 1877.
7. — AUCHÉ et CARRIÈRE. Congrès de médecine. Voyez encore :  
SCHLENKERS. Beiträge zur Kenntnis der Tuberculose. Verh. d. Naturforsch. Vers. d. 1873.  
KRUCKENBERG. Zur Kenntnis der Tuberculose. Verh. d. Naturforsch. Vers. d. 1873.  
GERHARDT. Zur Geschichte der Tuberculose. Verh. d. Naturforsch. Vers. d. 1873.  
EWALD. Über die Exsudate der Pleura. Verh. d. Naturforsch. Vers. d. 1873.

#### Cystite hémorrhagique consécutive à une injection accidentelle

Par le docteur Pote!, chef de Clin.

Au mois de janvier dernier, j'ai soigné une malade atteinte, disait-on, de cystite hémorrhagique. Je trouvais une jeune femme de vingt ans, un lit, pâle, les traits tirés, souffrant.

La veille, le matin même, elle se trouvait dans un excellent état de santé ; quelques heures, elle éprouvait des douleurs, perdait du sang en quantité, au moment de l'urination. La mère me montra un vase plein de sang mélangé.

Je pratiquai le toucher vaginal. L'utérus était normal, ne contenait pas de sang. L'antérieur, seul, était douloureux.

Un peu intrigué, j'interrogeai la malade, et voici ce que j'apprenais.

Depuis son accouchement, qui avait eu lieu le 15 mai, elle avait eu un peu de leucorrhée. Elle

(1) Communication faite à la Société de Médecine (26 mai).



s'installa. Enfin, après cent un jours d'hôpital, H... sortit guéri.

Il y rentra un an plus tard pour fièvre typhoïde.

A Noël dernier, pendant quinze jours, du gonflement articulaire douloureux du coude droit survint encore.

Sorti amélioré au bout de huit jours, il rentra présentant une fièvre élevée et des « urines rouges ». On le soigna, dit-il, pour une péricardite. Au bout d'un mois seulement, quelques douleurs articulaires apparurent, mais il sortait le Mardi-Gras, en voie de guérison.

D'après notre malade, dans chacune de ces deux crises, la coloration rouge noire des urines aurait persisté pendant trois ou quatre semaines.

Dans les premiers jours d'avril, le malade eut un refroidissement brusque, et consécutivement : des frissons, de la céphalée, un peu d'angine, des douleurs lombaires, des sueurs abondantes et une courbature générale. Pas de toux. Le malade présentait en même temps de la constipation, des coliques aussitôt après le repas ; mais pas de nausées, ni de vomissements. Dès le lendemain, il se mit à uriner très rouge et prévint dès lors une nouvelle attaque de rhumatisme. Quelques douleurs articulaires apparurent en effet, mais peu vives et qui n'interdisaient point tout travail au malade. Mais ces douleurs devinrent bientôt plus intenses, et le 29 avril, le malade s'alita. Le 1<sup>er</sup> mai il entra dans le service de M. le professeur COMBEMALE.

*Examen du malade.* — Toutes les grosses articulations des membres sont prises et présentent le gonflement, la rougeur, la chaleur et la douleur spontanée et s'exagérant à la pression de l'arthrite rhumatismale. La nuit, le malade sue assez abondamment ; l'odeur de ces sueurs est masquée par de précoces badigeonnages au salicylate de méthyle. Un peu de fièvre vespérale, mais peu élevée.

Le malade est pâle, mais l'anémie n'est pas très accentuée, la langue est saburrale, l'anorexie complète, la constipation assez marquée ; il ne va à la selle que tous les quatre ou cinq jours.

Il tousse un peu ; à l'auscultation on entend des râles de bronchite généralisée. Ses crachats ne renferment d'ailleurs que des bacilles vulgaires : diplocoques, leptothrix, tétragènes.

Le malade est sujet aux palpitations, et à la dyspnée d'effort. Les bruits du cœur se perçoivent à peine. Le poulx est faible, filant, non dicrote.

Les urines sont rares : le malade pisse deux fois au plus par jour. Il présente le bégaiement urinaire, devant attendre chaque fois quelques minutes l'écoulement de l'urine. Avant et pendant la miction, il ressent une douleur au niveau des uretères et de l'urèthre. L'urine émise est rouge durant toute la miction. Des accidents de petit brightisme, le malade ne présente que des crampes, et la sensation de mouches brillantes qui volent devant ses yeux ; il eut anciennement des bourdonnements d'oreille, mais il prenait alors du salicylate de soude.

L'examen de l'urine donne les renseignements suivants : réaction : alcaline ; densité : 1.020 ; urée par litre : 13,15 ; albumine : due à la présence de l'hémo-

globine ; sucre : 0 ; chlore : 9,1. Pas de globules sanguins. Cylindres hémorragiques. L'urine, examinée au spectroscope, donne le spectre de l'hémoglobine, qui, réduite par le sulfure ammonique, ne donne plus qu'une bande caractéristique. Pas de pigment biliaire. Pas d'urobiline. Notre malade ne présentait aucun autre accident hémorragique.

Les jours suivants, la coloration de l'urine devint rapidement moins intense. Le 5 mai, à la suite d'une purgation, qui eut raison de la constipation, elles étaient redevenues de couleur normale. La réaction était acide, la densité 1.015 ; il y avait 12 gr. d'urée par litre et des traces indosables d'albumine. Le malade urinait alors quatre fois par jour et émettait environ 1.500 gr.

Le rhumatisme, lui, suivit son cours normal, prenant successivement toutes les articulations, y compris les articulations thoraciques. L'on vit même s'installer insidieusement, sans douleur précordiale, sans élévation de température, un souffle léger d'insuffisance mitrale.

Le 18 mai, l'urine renferme 24,33 d'urée par litre et des traces indosables d'albumine. On n'y trouve pas de cylindres urinaires.

Cette observation rappelle le premier malade de ROBIN, chez lequel l'hémoglobininurie a précédé les manifestations rhumatismales.

Notre malade a bien présenté, il est vrai, de l'hémoglobininurie en dehors de toute manifestation articulaire, alors qu'il était soigné en dehors du service. Mais cette hémoglobininurie semble se rattacher au rhumatisme pour les raisons suivantes : les douleurs articulaires du bras droit, pour lesquelles le malade venait d'être soigné ; l'apparition, tardive il est vrai, de douleurs polyarticulaires et la longue durée de l'accès d'hémoglobininurie. L'hémoglobininurie paroxysmique, en effet, ne dure guère que trois ou quatre jours au plus.

Quant à la néphrite aiguë, il nous semble, faute de renseignements précis, qu'il la faut écarter : étant données l'absence de la plupart des symptômes de Brightisme, et en particulier des œdèmes ; et surtout l'absence actuelle de cylindres, et l'absence presque totale d'albumine.

Cette persistance de l'albumine est d'ailleurs la règle après les accès d'hémoglobininurie au cours du rhumatisme. Et même, le malade de HAYEM en présentait des quantités bien plus considérables que le nôtre.

Cette observation nous semble donc venir confirmer les théories de HAYEM et ROBIN, que CHÉRON citait en 1890 dans la *Gazette des Hôpitaux* :

« Le froid — et son action fut ici manifeste —, produit une vaso-constriction périphérique, et, consé-

iquée par la présence d'une douzième  
igue et nécessitant une incision très

e cette opération consiste en ce que les  
, enlevés après incision d'une grande  
in depuis son bord convexe jusqu'au  
ient relativement petits, surtout l'un  
ent inclus dans un calice, ce qui avait  
r expulsion spontanée par l'uretère.  
rein fut suturée au catgut, ainsi que les  
aires ; un drain fut laissé dans la plaie.  
ératoires furent simples, mais au cin-  
in caillot ayant obstrué l'uretère, la plaie  
unit en un point et donna issue à l'urine.  
jours et demi, le malade urine dans son  
ucune goutte d'urine ne fut rendue par  
particularité rapprochée de ce fait que  
était très hypertrophié, permet de  
sujet n'a qu'un seul rein. L'obstruction  
cessa d'ailleurs très vite et n'empêcha  
la réunion par première intention des  
laires profonds et de la peau. Vingt  
opération, le malade pouvait être consi-  
guéri.

le de ces phénomènes M. CARLIER a été  
lure à l'unité de la glande rénale chez

ieil, s'appuyant sur cette notion anatomi-  
ie, que chez les individus porteurs d'un  
ci siège d'ordinaire sur la ligne médiane,  
'qu'  
blém

ne  
le r  
; qu  
ité  
mat  
r soi

E  
rése

ineu  
. son  
sme,  
trois  
t rer

venait faire saillie dans le vagin, donnant l'illusion d'une rectocèle.

#### Tumeur du naso-pharynx

**M. Lambret** présente une tumeur naso-pharyngienne, enlevée chez une jeune fille de 17 ans. Cette tumeur, assez volumineuse pour gêner la déglutition, avait des prolongements oblitérant l'aditus postérieur des narines. La malade n'en souffrait pas et n'avait pas d'écoulement sanguin. Seulement, la déglutition était fort pénible et le ronflement si sonore qu'il réveillait la malade elle-même. Après cocaïnisation, on en fit l'ablation facilement, sans même inciser le voile du palais.

**M. Gaudier** fait remarquer que cette tumeur n'est pas un véritable polype, mais plutôt un polype fibromuqueux.

#### Résection de l'estomac

**M. Lambret** montre ensuite les moignons intestinaux résultant d'une ablation de l'estomac pratiquée par lui la veille. Il s'agissait d'un cancer massif ayant envahi la presque totalité de l'organe. Cependant, il n'y avait pas d'adhérences de la tumeur avec les organes voisins ni essentiels. La palpation permettait de constater l'absence de généralisation ganglionnaire ou autre, enfin il paraissait possible d'enlever toute la masse néoplasique. Des clamps furent placés du côté du duodénum ; du côté du cardia on coupa entre les clamps et en plein tissu sain, puis les épiploons furent sectionnés et la tumeur extirpée. D'un côté il restait le duodénum sectionné transversalement, de l'autre un tout petit moignon stomacal maintenu dans la concavité du diaphragme et en connexion, semblait-il, avec l'œsophage. Ces deux tranches de section furent respectivement fermées par une suture en surjet à deux étages, une anastomose fut pratiquée entre le moignon stomacal et la première partie du jéjunum, qui se laissa facilement amener vers le diaphragme. L'opération dura une heure en tout, ce qui est un temps très rapide ; le malade l'avait assez bien supportée et, grâce à un litre de sérum artificiel qu'on lui injecta sous la peau, il était, une heure après, complètement remis du shock opératoire. Or, dans l'après-midi, le pouls se mit à faiblir, la respiration devint haletante, le malade accusa une violente douleur dans le bas-ventre et ce symptôme faisait craindre à **M. Lambert** qu'une suture ait lâché ; bref, la mort survint vers quatre heures du matin.

L'autopsie démontra que les sutures avaient parfait-

tement tenu, quait plus amigues avait été sect ploon qui, épa près identiqu fait, car il est l'avenir en e leur permette conséquences par l'apparen pas contrôlé du moignon : était vraisem par l'épiploo. plus que, si tatée, il eût é au misérable qui eût été e

**M. Folet** résection, pi Suisse et qui liser de plus une mortalité

Sur les dix il faut comp trois mois s auront une survie sera pour procur sur cent, noi ques mois de survie qu'on opération si gastro-entér

**M. Folet** cancers lors trop faire et tous les aut palliatifs.

**M. Lami** d'estomac p que l'on cite peut espérer ablations to cancer n'est lorsqu'il n'



# L'ÉCHO MÉDIC

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. COIBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Méd.

## COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charneil, professeur de clinique dermatologique et ophtholmologique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Delearde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Gaudi, professeur de clinique chirurgicale ; Keraval, directeur de l'Asile d'aliénés ; De Lapersonne, professeur de clinique ; Looten, médecin des hôpitaux ; Macquenne, membre correspondant de l'Académie de Médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grec ; Pottel, professeur agrégé, chargé d'un cours de clinique ; Pottel, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. Les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et INGE

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque changement d'adresse

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Ankylostomiase et Anémie des Mineurs, par le docteur Verduin. — CORRESPONDANCE. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — VARIÉTÉS : Mœurs médicales aux Etats-Unis. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Ankylostomiase et Anémie des Mineurs

par le docteur Verduin, agrégé des Facultés de Médecine, chargé du cours de Parasitologie à la Faculté de Lille.

L'épidémie d'anémie des mineurs, qui sévit actuellement avec une certaine intensité dans les charbonnages des environs de Liège, soulève, une fois de plus, le grave problème des traitements curatif et prophylactique de cette maladie. De nos jours, les médecins des bassins houillers connaissent bien cette affection parasitaire, dont le diagnostic s'établit très facilement par l'emploi du microscope. Il importe en effet de ne pas la confondre avec la chlorose, l'anémie pernicieuse progressive, les anémies secondaires, dont elle revêt complètement le masque, sous peine de s'exposer à des mécomptes thérapeutiques et à voir l'épidémie prendre une rapide extension.

Jusqu'en 1880, l'anémie des mineurs fut attribuée à l'action des gaz délétères qui se dégagent du sol de la mine. A cette époque Perroncito, ayant entrepris une série de recherches dans le bassin houiller de Saint-Étienne, mit en lumière la véritable étiologie de l'affec-

tion en montrant qu'elle était due les premières parties de l'intestin ver nématode, l'Ankylostome *duodenalis* DUBINI, 1843).

Les travaux ultérieurs n'ont fait que confirmer cette découverte. C'est ainsi que LESAGE a retrouvé ce parasite, à Valenciennes, dans le digestif de tous les mineurs moribonds. Sa présence a été encore constatée à Commeny. VAN BENEDEN l'a trouvée chez les ouvriers des mines de Mons. Les autopsies ont été faites par FRANCOIS et MATHIEU à Liège, par MAYER et D'ARLÈS à Aix-la-Chapelle, etc.

Ce parasite ne s'attaque pas seulement aux ouvriers des mines de France, de Belgique, d'Allemagne ; l'anémie du tunnel qui, chez le personnel occupé au percement du tunnel de Gotha, a été causée par l'Ankylostome (de Turin). MENCHE a démontré, en 1891, que les briquetiers, qui éclatent dans certaines régions, ont la même étiologie. C'est encore dans les rizières du Nord de l'Italie que l'anémie a été signalée dans les mines.

Ce ver nématode, si répandu dans toute l'Europe, est non moins commun dans les régions de l'ancien et du nouveau monde. Il nous tendra nous étendre outre mesu-





confondre avec des œufs d'Oxyure, mais ceux-ci sont un peu plus petits, asymétriques, et possèdent un double contour. Lorsqu'on examine les déjections des malades dont l'alimentation est surtout végétale, on trouve fréquemment une grande quantité de cellules végétales qui obscurcissent la préparation et empêchent de voir les œufs. Dans ce cas, il est utile, avant de pratiquer cet examen, de soumettre le malade, pendant deux ou trois jours, à la diète lactée. Les œufs de l'Uncinaire ne se développent que hors de l'organisme du nain et lorsqu'ils sont placés dans certaines conditions. La température extérieure joue un rôle important ; un climat froid empêche la segmentation du vitellus, et ce fait pourrait, à la rigueur, nous expliquer l'absence, ou tout au moins la rareté de l'Ankylostome dans les régions froides, ainsi que la disparition des épidémies pendant les hivers. D'après PERRONCITO, une température supérieure à 35° agit dans le même sens. C'est encore là, peut-être, la raison pour laquelle les œufs ne se développent pas dans le tube digestif de l'homme, où la température est supérieure à 35°. Entre 30 et 35° le développement est rapide. L'embryon qui prend naissance diffère beaucoup de la forme adulte : il est cylindro-conique et mesure 0,2 millimètres de longueur sur 14 µ de largeur (fig. 1 C.). Il vit très bien dans la vase, dans les eaux boueuses, se nourrit de débris organiques, s'accroît rapidement et subit un certain nombre de mues. Il est commun de voir cette larve demeurer enfermée dans le tégument de la dernière mue. Ce tégument externe s'imprègne de sels calcaires, devient alors rigide et constitue pour l'animal une sorte d'enveloppe protectrice. A partir de ce moment cette larve entre en vie latente ; elle cesse de se mouvoir, de croître et ne prend plus de nourriture. Elle peut rester dans cet état, dans la vase, pendant des semaines et des mois, supportant très bien la dessiccation et susceptible, par suite, d'être transportée à distance par les objets contaminés.

Une larve meurt assez vite dans l'eau pure ; l'eau boueuse finit, à la longue, aussi par la tuer. Son développement ultérieur ne peut s'accomplir que si elle parvient dans le tube digestif de l'homme. Or, il suffit de connaître les conditions hygiéniques déplorablement dans lesquelles vivent les ouvriers mineurs pour comprendre comment chez eux ce transport est facilement réalisé. Qu'un individu porte à sa bouche un objet quelconque, une pipe, par exemple, contaminée par

les eaux de la mine et il s'exposera à avaler un certain nombre de larves. Les eaux malpropres que l'ouvrier utilise pour se désalterer, les aliments solides qu'il manie avec ses mains sales, sont encore des moyens d'infestation. Est-ce là le seul mode de pénétration des larves dans l'organisme ? Looss croit pouvoir conclure d'un certain nombre d'expériences, que les larves pourraient pénétrer directement dans le corps à travers la peau. Mais LEICHSTENSTERN a montré que ses recherches étaient passibles d'objections très sérieuses et que ce mode de transmission n'était rien moins que prouvé. Quoi qu'il en soit, les larves une fois arrivées dans l'intestin se débarrassent de leur enveloppe chitineuse, recouvrent tous leurs mouvements et, dans l'espace de quatre à cinq semaines, sont devenues tout à fait adultes. C'est à ce moment qu'a lieu l'accouplement et que se manifestent les premiers symptômes de la maladie.

L'Ankylostomiase est caractérisée essentiellement par une anémie progressive, souvent accompagnée de dyspepsie, de phénomènes douloureux du côté de l'intestin. Dans les dernières périodes de la maladie, on observe aussi la dégénérescence graisseuse du cœur et de divers viscères, c'est-à-dire des lésions qui peuvent amener une issue fatale.

Le premier symptôme qui apparaît est généralement une douleur vive localisée dans la région du creux épigastrique, mais susceptible de se propager jusqu'au nombril. Cette douleur, qui manque rarement et qui s'exagère par la pression, s'accompagne de troubles gastriques et intestinaux. L'appétit est variable ; tantôt il y a anorexie complète, tantôt, au contraire, c'est une boulimie qu'on constate ; les douleurs sont alors diminuées par l'absorption d'aliments ou de substances solides quelconques. La constipation est ordinaire au début de la maladie ; plus tard elle alterne avec la diarrhée. Les selles sont colorées en brun rougeâtre foncé par le sang extravasé des parois intestinales et plus ou moins modifiées par son passage à travers l'intestin. Le malade devient pâle et cette pâleur est surtout marquée au niveau des genives et de la conjonctive. Les forces diminuent rapidement et le moindre effort provoque des palpitations. Plus tard des symptômes graves se montrent du côté de l'appareil circulatoire : dilatation du cœur droit, souffle à la pointe, souffle dans les jugulaires, etc. Le pouls est inégal et petit, et souvent d'une mollesse extrême. Aux dernières périodes de la maladie on peut

## U NORD

3 dont le contenu ne se s'énancher dans le  
lig  
it  
yle  
de  
ert  
p  
s  
m  
es  
is  
ce  
la  
ré  
de  
ga  
n  
so  
us  
ar  
rt  
es  
ys  
rt  
do  
ne  
tr  
an  
ois  
re  
to  
e  
se  
yg  
sn  
z  
es  
un  
em  
'n  
it  
af  
on  
ce  
ha  
nf  
'u  
ex

seul moyen de poser un diagnostic certain et d'éliminer la chlorose, l'anémie pernicieuse progressive, les anémies secondaires.

Du reste il est de toute nécessité de faire dès le début un diagnostic exact, car on perdrait son temps à essayer des médications intempestives qui n'auraient aucune chance d'améliorer l'état du malade.

Le traitement de l'Ankylostomiase est double, il doit être curatif et prophylactique.

Le premier comporte deux indications très nettes : 1° l'expulsion du parasite, 2° la réparation des forces de l'organisme débilité.

Parmi les médicaments utilisés pour obtenir le départ des Ankylostomes, deux seulement se sont montrés efficaces en l'espèce, ce sont : l'*extrait éthéré de fougère mâle* et le *thymol*.

L'emploi du premier de ces anthelminthiques est soumis aux règles suivantes, utilisées aussi dans le traitement des Ténias : La veille, le sujet est mis au régime lacté; le lendemain on administre une dose élevée d'extrait éthéré de fougère mâle, 15, 20, et même 30 gr. suivant les cas, et deux heures après on fait prendre au malade un purgatif salin, sulfate de magnésie par exemple, ou encore la mixture suivante :

Eau-de-vie allemande.	{	aa 15 gr.
Sirop de nerprun . . .		

Il faut éviter l'emploi de l'huile de ricin, car ce médicament dissout le principe toxique de l'extrait éthéré et en facilite l'absorption par la muqueuse intestinale; on exposerait ainsi le malade à des accidents toxiques très graves. C'est du reste le reproche que l'on adresse à cet anthelminthique. En effet, l'emploi de hautes doses, nécessaires pour obtenir l'expulsion du parasite fortement adhérent à la muqueuse, détermine des accidents secondaires tels que troubles visuels, syncopes, albuminurie, etc. Aussi n'est-il pas étonnant que l'on ait cherché à le remplacer par un médicament plus inoffensif. Le thymol, qu'on a essayé de lui substituer, paraît avoir donné des résultats assez satisfaisants.

Voici la méthode préconisée par A. BRITTO. La veille du traitement, le patient est soumis au régime lacté; il prend dans l'après-midi, heure par heure, 2 gr. de séné en poudre et 50 centigr. de calomel répartis en 4 cachets. Le lendemain, il prend, toutes les deux heures, deux cachets contenant chacun 60 centigr. de thymol jusqu'à concurrence de 10 cachets.

auprès de moi en me demandant de rédiger, pour l'*Écho médical* du Nord, mes observations relatives à la course de 100 heures, au Vélodrome de Roubaix.

Mais ces observations sont réellement trop incomplètes et, partant, trop peu scientifiques et trop peu intéressantes, pour figurer dignement dans le journal que vous rédigez.

E

cou

ner

à c

int

ou

bag

rale

que

A

méc

nou

rig

C

de c

fèb

P

roir

de

aut

73 l

J'

Mil

son

un

Il

tous

leur

les

min

L

fauc

mei

que

séri

U

que

des

uri

son

pâte

et l

E

plu

C

et v

vou

V





ades expérimentés et dressés, lui facilitent singulièrement  
besogne pour épargner son temps précieux ; une séance c  
celle-la donne l'impression d'une belle boucherie, propr  
faite et admirablement entevée. Dans tous les hôpita  
Chicago et dans ceux de la majorité des autres ville  
Etats Unis, le malade est chloroformé dans son lit, puis  
sur la table d'opération. Dans la plupart des polycli  
gynécologiques où il y a un auditoire d'étudiants, un  
sépare en deux la table d'examen, de manière à cacher l  
du corps de la consultante ; celle-ci, de cette manière,  
connue que du professeur et d'un assistant. Il faut, me  
le professeur, ménager la pudeur des Américaines. Il est  
cocasse de voir, pour la première fois et sans être pré  
s'avancer de dessous ce voile deux jambes longues et ama  
suivies d'un bassin ordinairement délabré. Cette progr  
s'arrête à la ceinture ou à l'endroit où devraient se tr  
des soins.

Le dessous de l'aile des chirurgiens américains se tr  
en général, au diagnostic, aussi ai je souvent entendu  
dans les hôpitaux : « voilà un cas obscur, nous allons  
pour voir ce que c'est », tandis que dans nos universités b  
le diagnostic de cas identiques est fait d'avance. Outre  
leur manie d'opérer, qui leur donne, il est vrai, cette ha  
extraordinaire, leur fait oublier cette belle chirurgie cons  
trice, si fructueuse et si bénie des malades ; je dois  
qu'étant consulté tout à fait incidemment, j'ai sauvé da  
hôpitaux bien des pieds et des mains qui avaient déjà reçu  
condamnation. Dans l'hôpital du collège où j'étais chargé  
clinique ophtalmologique, j'avais un jour fait remarquer  
confères que parfois leurs opérations étaient un peu h  
à mon avis. Après ce jour, bien souvent, ils me soum  
leurs cas douteux pour avoir mon diagnostic et pron  
Quoique cola ne fût pas du domaine de ma spécialité,  
demandais pas mieux, car ce sont les cas difficiles qui so  
plus instructifs et les plus intéressants.

Quant aux relations des malades avec les médecins  
derniers sont considérés par les malades comme de sin  
« business men », c'est-à-dire des hommes qui soignent  
finances. Beaucoup de malades demandent d'avance ce  
auront à payer, et si le prix fixé leur paraît trop onéreux  
prennent leur chapeau sans demander leur reste. D'au  
moins entrepreneurs, envoient un frère, un ami, etc.,  
exposer le cas et savoir combien il leur sera demandé. D'  
part, bien des médecins, s'ils ne connaissent pas leur c  
se font payer avant de donner le moindre avis ou ava  
sortir de chez eux en cas de visite à domicile.

Ces procédés vous paraissent sans doute étranges, me  
comprend vite que c'est dans l'intérêt de chacun de le  
ainsi et l'on s'y habitue rapidement : la comptabilité e  
bien simplifiée et les bons comptes font les bons amis, st  
en Amérique.

Si le médecin, aux Etats-Unis, ne jouit pas en général  
même considération qu'en Europe, c'est uniquement de sa  
Le malade voit de suite à qui il a affaire et se met au  
diapason que son interlocuteur, car l'Américain a beau  
d'amour-propre et hait de se voir dominé. Le médecin



constituent la supé-  
rerie pas toujours les  
examens qui réussissent-  
irquoi ? Ma foi, je  
sais que c'est parce  
qu'il est bon qu'à micro-  
revenir le malade  
pas, pour réussir,  
à les plus éloignées  
que l'on doit ren-  
non plus de savoir  
souvent là le point  
lomatique) comment  
n'est-ce pas la laisser  
c'est ainsi, il faut  
cela que l'Amé-  
ricain est là : il a des  
d'y toucher, sait  
fait pas beaucoup,  
de poids dans la

font tout d'abord  
comme en Europe ;  
groupes privés de  
des amis, qui se  
res, à jours fixes,  
y cause de toutes  
un y apporte son  
amicales, à idées  
», le plus souvent,  
ité ; s'ils jugent  
ont une opération  
et n'en voudront  
comme les Israélites,  
et j'ai pu voir que  
des Juifs est dans  
nient par la main  
riche sur l'écusson  
, témoin les trois  
ent.

à Chicago pour  
ne, le flamingan-  
inzaine d'années,  
à unifier tous les  
revenons à nos  
caux disséminés,  
caractère politique  
in l'autre, mais  
diffamation. Ils  
contre le médecin  
moindre faute ou  
« struggle for life »  
« *vicorum pessima*

Etats-Unis a des  
médecin belge, mais

il le sait et s'entoure de toutes les garanties ; il ne fera pas  
une opération sans plusieurs aides temoins, car il sait que s'il  
se passe de ceux-ci, il peut être appelé à les payer beaucoup  
plus cher ; aux Etats-Unis le juge peut le suspendre au réel  
comme au figuré et c'est la parfois d'une façon arbitraire, car la  
justice américaine est assez sensible aux pots-de-vin.

Il existe des policliniques dans presque toutes les villes un  
peu importantes des Etats-Unis. Mais loin d'être, comme à  
Bruxelles, une exploitation voulue du médecin par le public,  
elles ne sont gratuites qu'en apparence ; en effet, sur la façade  
de l'établissement il est mis en grandes lettres : consultations  
gratuites de telle à telle heure. Le malade vient consulter,  
c'est gratuit, parfaitement ! Mais il y a une pharmacie annexée  
et le malade y fera remplir ses prescriptions parce que ce  
pharmacien est plus habitué que les autres à remplir les pres-  
criptions de ce médecin. il offre donc plus de garantie pour le  
client. D'autre part, le clinicien fait savoir incidemment à son  
client que ce pharmacien a des produits de tout premier choix,  
etc., etc., bref le malade s'y rend, c'est d'ailleurs plus près et  
donc plus pratique. Ensuite, si dans le courant de la consultation  
il y a une manipulation d'un instrument ou d'un médicament  
(cautérisation, etc.), cela se paie, car « consultations gratuites »  
ne veut pas dire « opérations gratuites », même la prescription  
n'est donnée gratuitement que par pure complaisance. Les  
pansements se paient également. De même dans le service  
d'ophtalmologie le malade paie ses lunettes ou pince-nez, car  
le meilleur opticien du monde est attaché à la policlinique. Le  
clinicien exerce son contrôle immédiat sur la qualité des verres  
et montures comme sur l'exécution de la prescription, tout  
comme pour le pharmacien de la policlinique ; tout cela rapporte  
gros à la société.

Si le malade doit séjourner à l'hôpital, il y paie ses 10 à 25  
dollars par semaine pour logement, nourriture et pansements,  
de sorte que, comme vous le voyez, on peut comparer la  
policlinique en Belgique à celle des Etats-Unis, comme on peut  
établir la comparaison entre un pêcheur à la ligne qui donne  
un beau ver de terre pour n'attraper qu'un maigre poisson, si  
bien entendu celui-ci ne réussit pas à filer avec l'appas, et le  
cas du pêcheur au filet, qui, même sans devoir mettre d'amorce,  
peut attraper du même coup une multitude de poissons.

A Chicago, il n'y a qu'un hôpital entièrement gratuit, c'est le  
County hospital, hôpital subsidie par la ville et le comté, et  
cependant il y a près de deux mill

« In God we trust » est la q.  
Etats-Unis, mais il y en a une aut  
mais qui domine tout le peuple au  
en action, c'est : rien pour rien  
service, il s'attend à en être payé  
vous vous exécutez, vous pourrez  
un troisième, mais si, novice, vous  
trouverez ensuite porte de bois, car  
envoie un malade à un spécialiste  
lui adressera, malgré ses protesta  
ses honoraires en cas d'opération  
d'avance de ne plus revoir jamais  
médecin ; les médecins américain

rationnel et voici leur raisonnement : le médecin de famille, en conseillant tel spécialiste, prend sur lui une part de responsabilité avant, pendant et après le traitement. Si le malade n'est pas satisfait, — il y en a toujours, il y en a même qui ne le sont jamais, — on le reprochera au médecin de famille soit directement, soit indirectement, chaque fois qu'il pénétrera dans cette maison pour soigner un des membres de cette famille, on trouvera plaisir à lui mettre devant les yeux l'œuvre attribuée toujours à celui qu'il a recommandé et cela sera la comédie non pas d'une saison théâtrale, mais de bien des années. Le médecin de la famille sentira ainsi, plus que le spécialiste lui-même, le poids des responsabilités d'un insuccès, et comme toute responsabilité se paie, disent les Américains, il faut que celle-ci le soit aussi.

Avant de terminer, laissez-moi vous dire un mot des « loges », qui sont l'analogue des mutualités belges, mais en diffèrent beaucoup au point de vue médical, en ce qu'elles ne sont pas l'exploitation évidente des médecins. En effet, pour être admis dans la loge, le postulant doit passer la visite médicale, car ce sont en même temps des sociétés d'assurances sur la vie. Cet examen doit se faire à la consultation au domicile d'un des médecins de la société, au choix du nouveau membre, et le client paie de sa poche deux dollars (10 fr. 35 cent.), ce qui correspond à une consultation de six francs ici : c'est plus que le prix ordinaire d'une consultation d'un médecin *non spécialiste*.

Ensuite, en cas de maladie d'un membre de la société, on donne à ce membre une indemnité de 20, 40, 100 dollars par semaine, suivant le montant de sa cotisation, et le malade, avec cet argent, se fait soigner par n'importe quel médecin de son choix. Chaque semaine, et même plus souvent, un émissaire de la société vient voir le malade à seule fin de prévenir tout abus. Il n'y a donc aucune réduction de tarif et le médecin n'est pas exploité, toujours il est rétribué convenablement et il n'y a pas de traitements fixes, à forfait, dérisoires.

(*Presse Médicale Belge*).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

En raison de la création d'un certain nombre d'unités nouvelles, en raison aussi des déplacements trop multipliés qu'on est actuellement forcé d'imposer aux médecins militaires pendant la session des manœuvres, des écoles à feu, des marches en montagne, etc., sans parvenir toujours à assurer complètement le service, le ministre de la guerre a déposé à la **Chambre des Députés**, un projet de loi portant augmentation du cadre des médecins-majors de deuxième classe et du corps des médecins aide-majors de première classe.

— Les règlements et programme préliminaire du **XIII<sup>e</sup> Congrès international de médecine** qui se tiendra à Paris du 2 au 9 août 1900 viennent d'être publiés. Nous y relevons le nom de nombre de nos collègues, et nous avons plaisir à constater que Lille n'a point été oublié, dans la Commission générale non plus que dans les sections.

MM. les p.  
LAPERSONNE SC  
mission génér

Font partie

a) De la se  
M. DEBIERRE,

centres de pi

b) de la se  
biologiques, M

WERTHEIMER ;

c) de la sect  
expérimentale

CURTIS, LAMBL

d) de la sect

professeurs C

e) de la sect

COMBEMALE.

f) de la sec

M. le professe

g) de la sec

seurs FOLET et

h) de la sect

seur PHOCAS ;

i) De la sect

CARLIER ;

j) de la sect

LAPERSONNE ;

k) de la sec

l) de la sect

m) de la se

CASTIAUX, cha

valvulaires co

raciques ;

n) dans la s

sous section c

charge du rap

prophylaxie.

Par décret,  
professeur Ca  
promu au gra  
Toutes nos fel

— A l'occa  
à la décision  
rences et trav  
médecine et d

— Parmi le  
de réserve et c  
intéressant no  
d'Haubourdin  
rouanne ; Hén  
de Lille ; Dec  
majors de ré  
Berquin, com

M. A.-A. D  
avec succès le  
n° 123), intitulé  
des épidémies

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

21<sup>e</sup> SEMAINE, DU 21 AU 27 MAI 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE						Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .						6	2
3 mois à un an . . . . .						5	3
1 an à 2 ans . . . . .						1	3
2 à 5 ans . . . . .						3	3
5 à 10 ans . . . . .						1	2
10 à 20 ans . . . . .						1	2
20 à 40 ans . . . . .						5	9
40 à 60 ans . . . . .						9	7
60 à 80 ans . . . . .						19	15
80 ans et au-dessus . . . . .						1	4
Total . . . . .						50	50

		NAISSANCES par Quartier						TOTAL des DÉCÉS	Autres causes de décès		Homicide	Suicide	Accident	Autres tuberculeuses	Méningite tuberculeuse	Pneumonie pulmonaire	Diarrhée et entérite			Maladies organiques du cœur	Bronchite et pneumonie	Apoplexie cérébrale			
		4	10	14	13	25	5	40	4	6	5	5	3	7	13	2	1	4	3	plus de 5 ans	de 2 à 5 ans	moins de 2 ans	1	2	1
		8	8	7	16	3	6	16	13	2	2	6	9	2	»	»	»	1	4	»	»	»	»	2	»
		121	100	44	»	»	»	100	44	»	»	»	»	»	»	»	18	»	»	»	»	»	»	10	4

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de

## COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédart, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale ; Delearde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie.

MM. Dubar, professeur de clinique ; Duvall, professeur de clinique chirurgicale ; C. Kéraval, directeur de l'Asil De Lapersonne, professeur de clinique ; Looten, médecin des hôpitaux (anciennes), membre correspondant ; Moty, médecin principal, agrégé ; Pottier, professeur agrégé, chargé d'un cours ; Potel, professeur d'hygiène et de clinique chirurgicale et

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale et

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : La médication thyroïdienne dans les fractures, par le docteur Lambret. — Sur la présence d'Oxydases indirectes dans les liquides normaux et pathologiques de l'homme, par le docteur G. Carrière. — FAITS CLINIQUES : Streptococcémie guérie par le sérum antistreptococcique, par le professeur Combemale et Vrasse, externe de service. — Enorme cavité pulmonaire chez un nourrisson de 11 mois, par le docteur Ausset. — Arthrite suppurée d'origine blennorrhagique de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil. — Arthritisme, par le docteur Masset. — BULLETIN MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES, Séance du 9 juin 1899 de la Société centrale de médecine. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## La médication thyroïdienne dans les fractures

Par le docteur Lambret, chef de clinique chirurgicale.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur l'histoire du corps thyroïde, une remarque curieuse s'impose à l'esprit ; autrefois cette glande semblait intéresser médiocrement les physiologistes, on la considérait même comme en voie de disparition ; à l'heure actuelle son importance paraît énorme, et comme le dit TURBIERGE, cet organe qui normalement pèse 25 grammes à peine et pendant longtemps ne semblait même pas remplir le rôle d'une utilité, s'élève aujourd'hui à la dignité de premier rôle dans le grand drame de transformation et d'évolution de la matière vivante. D'un excès ne tombons-nous pas dans un autre ? C'est ce que l'avenir nous apprendra, mais jusqu'à présent les données scientifiques ne sont pas assez rigoureuses pour répondre à cette question. Nous traversons, quoiqu'on en dise, une période de tâtonnements pen-

dant laquelle des faits s'accroissent, et c'est à peu près

L'action qu'exerce sur la sécrétion interne de la glande thyroïde, les troubles trophiques de la fonction thyroïdienne, l'évidente démonstration. I et le crétinisme par exemple, la conséquence de l'absence ou de l'insuffisance de la fonction thyroïdienne ; le myxœdème opératoire, la suppression totale de la même glande, les affections à type basedowien, le dérangement du fonctionnement du corps thyroïde, le trouble de son fonctionnement, le trouble de nous arrêter également sur ces questions très discutées, sont suffisantes pour nous donner un point bien établi : qu'il y ait un dérangement ou un fonctionnement anormal de la sécrétion de la glande thyroïde, la suppression de la glande thyroïde peut souvent faire disparaître les phénomènes morbides qui résultent d'une sécrétion thyroïdienne anormale ou d'une sécrétion anormale ou d'une sécrétion thyroïdienne compte à son actif, n'y a pas à revenir, mais il faut également des succès, un succès pas évidemment qu'elle soit, mais simplement parce qu'elle est inconnue dans son essence et que le traitement est appliqué à

me chèvre à laquelle il avait pratiqué, à  
 mois, la thyroïdectomie : la taille de  
 t demeurée remarquablement petite. La  
 HOFMEISTER (1) ayant fait l'ablation de la  
 tude chez des jeunes lapins, constate une  
 onsidérable de l'accroissement des os en  
 e phénomène ne paraît pas devoir être  
 e ossification prématurée du cartilage de

mais au c  
 il existait  
 ice spécia  
 proliférati  
 partielle d  
 et une tr  
 ndamenta  
 n (1895), c  
 lapins en  
 tisme che  
 x nés en  
 eux, les  
 s, le trois  
 it choisi c  
 dernier a  
 : pesait pl  
 reaux les  
 'homme,  
 ns l'enfan  
 oissance q  
 ymptômes  
 r l'opérat  
 elette soit  
 ne observ  
 s la Sema

nt de onze  
 'il était le  
 umeur qu  
 un kyste  
 ge d'un sé  
 à cet avis  
 es maladie  
 on du cor  
 t l'enfant  
 isait rema  
 narche p  
 uvements

i, Beitrag fur  
 . Arch. fur c

changement de physionomie, gonflement des membres et refroidissement des extrémités. Mais ce qu'il y avait de plus frappant chez lui, c'était la déchéance progressive des facultés intellectuelles, la lenteur de la parole, la nonchalance dans la conversation, à part certains moments où il lui arrivait de trouver quelques bons mots et certaines excitations momentanées, tout un ensemble enfin qui le rapprochait absolument du crétin.

« Aujourd'hui, quatre ans après l'opération, ce jeune garçon a conservé la taille qu'il avait à cette époque... »

Dans la thèse de DANIS on trouvera un certain nombre d'observations identiques.

— HANAU et STEINLEIN (*Congrès de Francfort, 1895*), ont vu que chez des animaux éthyroïdés, les fractures expérimentales se réparaient d'une façon très lente, le cal était d'un très petit volume et la période cartilagineuse prolongée. En conséquence, comme l'indique GANTHIER (de Charolles), ces auteurs avaient été amenés à penser que l'ingestion de la glande thyroïde pourrait être conseillée pour favoriser la formation du col.

Ces faits suffiraient à la rigueur. Mais ils en évoquent d'autres qui sont en quelque sorte leur consécration. Nous voulons parler des résultats excellents au point de vue osseux obtenus par l'opothérapie thyroïdienne. Dans presque tous les cas où elle a été appliquée chez des sujets jeunes, dont les cartilages de conjugaison étaient encore en voie de prolifération, les résultats ont été manifestes. Chez les myxœdémateux soumis à la médication on obtient constamment un accroissement de la taille qui est souvent remarquablement rapide, les observations d'HERTOGHE, de BOURNEVILLE, de COMBE, de MOUSSU, HANAU, GOLBERG, sont très concluantes à cet égard, c'est ainsi qu'un malade de COMBE grandit de sept centimètres en six semaines. ST-PHILIPPE et GUYOT, chez les enfants retardés ont obtenu des résultats analogues et d'une façon à peu près certaine; en quatre semaines, un de leurs malades passait de 0.65 à 0.71 centimètres. D'ailleurs SUMNER a vérifié, par la radiographie, cette influence de l'ingestion de corps thyroïde sur le développement des os. Chez un myxœdémateux de seize ans, on constatait à la partie inférieure du fémur une ligne blanche épiphysaire qui disparut rapidement sous l'influence du traitement thyroïdien GAUTHIER rapporte encore que SPINGER et SERBORESCO

ont également vu de que dans le myxœdème persistaient longtemps que le traitement thyroïdien croître la taille jusqu'

Dans un désordre venons d'énumérer certain nombre de faits d'une façon assez intimement que la glande thyroïde du tissu osseux une action qu'il ne pas étendre à la médication thyroïdienne l'avons vu, l'application conseillée par HANAU et STEINLEIN de 1895. Mais c'est surtout paraît avoir, le premier corps thyroïde, dans l'os osseuse dans deux cas retardée. Il obtint de résultats heureux suivants le 6 décembre 1898, à la chirurgie, QUENU rapporte pseudarthrose, guérie voici un résumé de l'opération ouverte du fémur, réséquée la peau, drainée, trois mois après aucune trabeculation, ingestion de corps thyroïde consolidation était telle sur l'endemain avec un bon marchait. A la même communication une relatait un cas où il avait quelques capsules de thyroïde ment foudroyant, je ne sais pas, comme dans le cas de peu de temps, le cal forma. Je dois dire que depuis la guérison, j'ai employé la médication négative. » A cette époque avait (2), dans son service retardée, tous les traitements avaient aucune amélioration trois jours au malade trois capsules dosées à 0,20 centigrammes.

(1) *Lyon médical*, 1897.

(2) Cette observation a été publiée dans le *Lyon médical* du 29 janvier dernier.

était  
slide,  
deux  
n des  
de et  
ième  
  
l'idée  
nédi-  
i. Un  
fait  
son  
  
decin  
vri-  
gous.  
frac-  
cassé  
orter  
ce de  
eures  
t, je  
is de  
nain,  
e, le  
ième  
gilité,  
it les  
main  
es de  
e me  
ième  
dix-  
is ne  
était  
auto-  
ant à  
emps  
nents  
ment  
  
ure ;  
yrot-  
olida-  
ours  
ation  
aussi  
rons  
isons  
appel,  
ntra-  
  
s les  
d'en  
at-ils

pas dus à une insuffisance du fonctionnement d'un organe d'apparence sain, à l'hyposécrétion interne d'une glande thyroïde, ne fournissant pas à l'organisme une quantité suffisante de suc ?

C'est une hypothèse plausible, peut-être vraie dans certains cas, mais fautive certainement dans d'autres. Ces autres ne seraient-ils pas précisément ceux où le traitement thyroïdien échoue ?

Ce sont là des problèmes que nous nous contentons d'indiquer sans chercher à les résoudre. Nous croyons que l'expérimentation n'a pas dit à ce sujet son dernier mot et nous serions, par exemple, curieux de connaître les résultats qu'obtiendrait l'auteur qui soumettrait au traitement thyroïdien des fractures faites chez un certain nombre d'animaux, un nombre égal d'animaux non soumis au traitement restant comme témoins.

Notre seule ambition dans cet article était d'appeler l'attention du public médical sur des faits curieux, sur des résultats intéressants malgré l'incertitude qui règne sur eux et l'absence de rigueur scientifique. Qu'importe, si au fond de tout cela il y a quelque chose ? Ce quelque chose finira par se dégager un jour. Mais dès à présent nous croyons qu'on est en droit d'administrer la glande thyroïde dans les retards inexplicables de consolidation des fractures. Nous pensons même que dans le but de gagner quelques jours il faut tenter cette médication dans les fractures récentes principalement chez les gens pressés, que leurs occupations réclament, chez tous ceux dont la nutrition est ralentie et qui n'opposent aux dégâts traumatiques que des cellules paresseuses pour le travail de réparation. L'emploi de cette médication dont le maniement est délicat, qui n'est pas exempt d'inconvénients, est d'autant plus autorisé qu'il sera de courte durée. Il ne sera pas comme dans le traitement du myxœdème, nécessitant différentes reprises et pour les fractures le résultat obtenu n'étant produit, l'opothérapie toujours abandonnée.

#### Sur la présence d'Oxygène dans les liquides normaux et pathologiques

par le docteur  
Professeur agrégé de  
Chef du Laboratoire des chimies  
Travail de labor

Les travaux d'A. GAUTIER  
ABELOUS et BIARNÈS, ROHM  
depuis quelques années à n

(1) Communication à la Société centrale de

classe de ferments oxydants, c'est-à-dire dégageant de l'oxygène, qu'on appelle oxydases.

M. BOURQUELOT, dont les travaux remarquables ont surtout bien mis en évidence les caractères de ces ferments, en distinguait en 1897 quatre classes principales.

a) une oxydase directe : l'ozone, dégageant par lui-même de l'oxygène.

b) des oxydases directes : ozonides, c'est-à-dire portant de l'ozone et jouissant des mêmes propriétés.

c) des oxydases directes n'appartenant pas aux deux classes précédentes et possédant néanmoins les mêmes qualités.

d) des oxydases indirectes. Celles-ci ne dégagent pas d'oxygène par elles-mêmes. Mais, en présence de substances oxygénées elles mettent l'oxygène de ces dernières en liberté.

Celles-ci sont bien connues depuis SCHÖNBEIN qui les étudia dans les graines et les appela Sauerstoff-Ueberträger.

LINOSSIER qui les signala dans le pus les nomma peroxydases, terme impropre comme le fait remarquer M. BOURQUELOT et aujourd'hui rejeté. Ce sont encore les Leptomines de RACIBORSKY.

Avec M. BOURQUELOT nous les appellerons oxydases indirectes. Ces oxydases indirectes, M. BOURQUELOT les a trouvés dans les grains de maïs, de courge, dans le sérum du sang. Il ne les a jamais rencontrés dans l'urine ni le blanc d'œuf.

LINOSSIER les signale dans le pus et en fait une étude détaillée.

ABELLOU, tout récemment encore les trouvait dans les extraits d'organe et l'urine des chiens.

M. LEPINOS avant lui et depuis est revenu sur cette question et a étudié ces oxydases dans les extraits organiques et dans leurs rapports avec les albuminoïdes.

J'ai eu l'idée de les rechercher, ces oxydases indirectes, dans tous les liquides normaux ou pathologiques de l'homme que je pouvais me procurer. Je suis heureux de remercier M. le professeur COMBEMALE de l'obligeance avec laquelle il a mis ses malades à ma disposition ; je remercie aussi mon préparateur, M. BOURNOVILLE et M. FASEUILLE, assistant au Laboratoire des cliniques, de leur dévoué concours.

Pour déterminer la présence des oxydases indirectes dans les liquides examinés, nous avons eu recours aux méthodes suivantes :

Dans un uréomètre ordinaire de DENIGÈS on place 3 cc. d'eau oxygénée ; dans le petit tube on place 3 cc. du liquide à examiner ; on bouche et on lit le volume dans l'éprouvette destinée à recueillir l'oxygène sur l'eau saturée de CaCl. On mélange et on lit le volume d'oxygène obtenu ; on réduit à 0° et à 760 mm. de pression, suivant les règles habituelles.

En second lieu on fait la réaction qualitative. Dans un tube à essai on met 5 cc. de liq. et 1 cc. d'une solution saturée de gâcaco alcoolique de gâcac fraîchement préparée d'H<sup>2</sup> O<sup>2</sup> et, s'il y a des oxydases indirectes, on observe une teinte grenat dans le premier et le second.

Enfin, pour s'assurer qu'il s'agit bien de l'oxydase indirecte, on porte le liquide examiné à l'ébullition ; donner aucune réaction s'il s'agit d'oxydase directe.

Examinons maintenant les résultats obtenus.

I. Urines. — Je n'ai jamais trouvé ces oxydases indirectes dans les urines de sujets normaux et sain. Je les ai trouvés non plus chez trois cardiaques (1 cas de congestion chronique, dans un cas de rein flottant, 1 cas de congestion hépatique, un cas d'érythromélie).

Les urines de deux cancéreux sur quatre renfermaient (1/4 cc. et 1 1/4 cc. d'O<sub>2</sub> dégagé) dans des cancéreux avancés n'en contenait aucune.

Dans deux broncho-pneumonies aiguës renfermé des oxydases indirectes dans la totalité de la maladie (1/2 à 1 cc. d'O<sub>2</sub> dégagé). Elles disparaissent par enchantement à la guérison.

Dans le cours d'une pneumonie franchement purulente ces oxydases indirectes (2 cc. d'O<sub>2</sub> dégagé) diminua (1 cc. d'O<sub>2</sub> dégagé) la veille du jour de la crise, il n'y en avait plus, n'en avait plus à l'occasion d'une complication survenue.

Dans tout le cours de deux pleuro-pneumonies les mêmes constatations.

J'en ai trouvé de ces oxydases indirectes en petite quantité, dans les urines de deux épileptiques. Chez deux neurasthéniques sur cinq bien plus abondantes. Il en était de même chez un atteint de ramollissement cérébral et chez un de purpura hémorragique. Sur deux rhumatismes aigus examinés j'ai trouvé une fois les oxydases en question. Sur deux urines générales, une seule en renfermait en quantité notable. Dans un cas de maladie de Bright la urine en contenait également.

Sur quinze tuberculeux, j'en ai trouvés dans les urines présentèrent ces oxydases. J'ai trouvé à la troisième période de la maladie s'agissait de malades à la deuxième et sur la troisième période. Il n'y a pas de rapport entre la présence des oxydases dans les urines et la forme, l'étendue de la maladie. Elle n'est pas non plus en rapport avec le fièvre, ni l'alimentation, ni le régime mé-





Le 21 avril dernier, la malade fit accident une chute, la jambe malade portant sur le tarse : une seconde ulcération s'ensuivit viciant la partie externe de la jambe, à plusieurs centimètres de la malléole externe. Les jours qui suivirent l'accident, elle s'alita, éprouvant de vives douleurs disséminées sur toute l'étendue de ce membre inférieur et remontant jusqu'au pli de l'aîne; lancinantes et plus marquées au mollet. Le membre était lourd, engourdi; l'articulation du genou et l'articulation tibio-tarsienne étaient aussi douloureuses. Tout mouvement de la jambe était difficile et douloureux. En même temps, une fièvre persistante se déclara, accompagnée de petits frissons intermittents, de céphalée, de lassitude générale, de perte d'appétit. La malade, qui allaitait son enfant, dut cesser de donner le sein.

A son entrée à l'hôpital, on constate les deux ulcères mentionnés plus haut, un œdème du membre inférieur droit, avec de longues bandes rouges longitudinales, convergeant vers la fesse de la cuisse. Cet œdème lisse, dur, douloureux à la pression, est plus marqué à la jambe qu'à la cuisse. Sous la peau, au mollet et à la cuisse, se voient des réseaux veineux bleuâtres. Au pli de l'aîne, les ganglions sont un peu tuméfiés. Le thermomètre marque 39°6, l'abattement est marqué, l'appétit nul, la digestion des quelques aliments absorbés est mauvaise; on note aussi de la céphalée et un peu de tachypnée, les urines, au-dessous de la normale, sont abondantes, ne contiennent ni albumine, ni sucre. Le cœur et l'appareil respiratoire sont influencés néanmoins dans leur fréquence par la fièvre.

Le même état s'observe le 23 avril à la matin : 39°7. Le diagnostic de lymphangite d'origine évidente, s'imposait, avec participation de la veine à l'inflammation. Comme traitement, on applique sur la jambe malade de grandes compresses trempées dans de l'eau bouillie, et jusqu'au-dessus de l'articulation du genou. Survenait un grand accès de fièvre, avec grand frissonnement des dents, sueurs abondantes, et le thermomètre eut révélé 40°3.

Le 24, au matin, la température n'était que de 39°2. L'état s'était aggravé, l'aspect de la malade était nettement celui d'une infectée. Une injection de sérum artificiel (500 cent. cubes) fut faite pendant la visite, non toutefois sans que l'on ait prélevé au pli du coude et de façon aseptique quelques centimètres cubes de sang pour ensemencer. Malgré ce lavage du sang, un nouvel accès de fièvre (40°1) survenait le soir, vers trois heures, avec épouvantable.

Le 27 avril, à la visite, après un nouveau accès vers les cinq heures du matin, la température était de 37°. Le renseignement nous parvint que l'ensemencement du sang avait donné une culture pure de streptocoques; aussitôt nous fîmes une injection de sérum antistreptococcique de 50 cent. cubes, qui portait la marque Institut Pasteur 26 mars 1899.

**suppurée d'origine blennorrhagique de  
lation métatarso-phalangienne du gros  
— Arthrotomie.**

**Masset, d'Arras, ancien chef de clinique de la Faculté**

tion. — Le 16 mai dernier, je suis appelé à  
es soins à un jeune homme de 25 ans, le  
... d'Arras, pour une lésion inflammatoire  
teil droit. Monsieur C... est d'une constitu-  
reuse, bien qu'entachée d'arthritisme. Son  
des affaires après avoir occupé une situa-  
guée dans la société, est encore solide et ne  
ucune tare ; par contre la mère est rhuma-  
a eu déjà à traverser pas mal de poussées  
Elle est toujours obligée de suivre un  
in traitement pharmaceutique pour enrayer  
de sa diathèse.

mon client, son fils, il n'accuse dans son  
une maladie digne d'être signalée. C'est  
père un intellectuel. Au moment où il se  
ne faire voir son mal, ma vue est frappée  
et que présente les ongles des deux pre-  
ils du pied droit. Ces productions épider-  
ment en effet une masse irrégulièrement  
urlevée et recourbée en arrière. Sous ce  
l'onguéal, cannelé transversalement, j'aper-  
ce de l'extrémité libre des orteils un amas  
s'épidermiques sèches, cassantes, pulvé-  
avant d'avoir vu la lésion pour laquelle le  
ait réclamé mon intervention, je fais de  
*onychopose* un stigmate neuro-arthritique.  
ape de l'affection inflammatoire du gros  
, après m'être fait montrer l'autre pied qui  
s mêmes déformations onguéales aux deux  
ologues. La face dorsale de cet orteil m'ap-  
ment tuméfiée rouge, surmontée au niveau  
ième phalange d'une phlyctène empiétant  
ligne articu-  
jaunâtre. L  
sus de la joi  
orifice liné  
aspère fort  
ours ne lai  
et les moin  
et extraordi  
le violentes  
souche net  
lle monoar  
tion blenn  
té, je prie  
ête à tête av  
pus lui arra  
ction resten  
arai i n puis  
ensuite disc  
immaculé  
uis longter  
que presen  
eu m'impo  
on diagnosti

plus qu'à traiter mon intraitable malade en conséquence.

N'étant pas armé ce soir-là, je me contentai de prescrire un pédiluve aussi chaud que possible et l'application de compresses de liqueur de Van Swieten tiède *loco dolenti*.

Le lendemain matin 17 mai, à la première heure, j'allai visiter mon client avec la ferme intention d'intervenir. La petite fissure transversale que j'avais constatée la veille s'était agrandie et avait donné issue à un suintement nettement purulent. A force de diplomatie, j'arrivai à convaincre mon jeune homme que s'il ne voulait pas perdre son pied ou tout au moins un point d'appui sérieux dans la station et dans la marche, il fallait ouvrir la porte à deux battants au pus qui croupissait dans son articulation. Après une anesthésie aussi complète que possible au chloréthyle du Dr BENGUÉ, je pratiquai une incision longitudinale de 2 centimètres 1/2 environ et dont le milieu correspondait à peu près à l'interligne. Mon bistouri, qui n'eut qu'à défoncer une porte ouverte pour pénétrer dans la jointure, donna issue à une quantité notable d'un pus épais, crémeux, jaunâtre et légèrement grumeleux. Je n'eus pas besoin d'avoir recours à la sonde cannelée pour constater l'état des surfaces articulaires dont la crépitation rude et sèche sous l'instrument tranchant n'accusait que trop la dénudation et la privation de cartilage. Mon arthrotomie une fois faite, j'antisepsiais largement la brèche à la liqueur de Van Swieten et j'appliquai un pansement sublimé humide, en ayant soin d'immobiliser le segment phalango-métatarsien sur une attelle improvisée de carton.

Au traitement chirurgical, j'adjoignais le traitement médical; deux cachets par jour de 1 gr. de salol, suivis immédiatement de l'absorption d'un grand verre d'eau de Vichy Saint-Yorre; tisane de stigmates de maïs.

Le lendemain, j'apprends que M. C... a passé une bonne nuit et qu'il n'a plus souffert depuis mon intervention. Je lui demande brutalement depuis combien de temps il a sa chaudepisse, mais la méthode de force n'eut pas plus de succès que la méthode de douceur; je dus désarmer. L'indocile jeune homme n'a même pas voulu absorber ses cachets dans la crainte de montrer à ses parents que j'étais dans la vérité. Continuant ma méthode de force, je lui dis que je ne lèverai pas son pansement et que je ne viendrai plus le voir, s'il ne voulait pas marcher de concert avec moi. La place forte m'était livrée et le récalcitrant malade promit d'exécuter mes prescriptions à la lettre. Je n'en désirais pas davantage. Je renouvelai alors le pansement et pus voir encore s'écouler de la jointure une assez grande quantité d'un pus bourbillonnant. Même irrigation à la liqueur de Van Swieten, pansement et immobilisation.

Le 19 mai. — Pansement. Le pus commence à se tarir. Badigeonnage de tous les recoins articulaires et périarticulaires avec un mince plumasseau d'ouate imbibé de naphthol camphre. Je me fais présenter l'urine de mon malade et reconnais au fond et sur les parois du vase un épais dépôt d'acide urique. L'analyse de l'urine par la chaleur et l'acide acétique accuse l'existence d'une légère albuminurie.

Le lendemain 20. Pansement purulent est beaucoup moins abondant du cœur au phonendoscope. Bruit morbide. L'état général est excellent. L'homme a bon appétit et prend du lait. J'insiste sur le lait, malgré sa rareté de liquide. Mes demandes d'onguents n'étaient pas contemporaines et ne représentaient pas simplement une dépendance d'ordre trophique, j'interrogeai en même temps l'homme, auquel je ne pouvais accorder la créance, les parents et surtout l'intermédiaire. Il répondit que dès la plus tendre enfance l'homme actuel avait toujours eu des bicornes. Je dois avouer que cela me fit plaisir, car j'aurais bien voulu me débarrasser de troubles trophiques blennorrhagiques.

Le 21. — Pansement. Il ne reste plus trace de pus et la plaie se cicatrise.

Le 22 mai. — Il ne reste plus que des plaies superficielles losangiques recouvertes de bourgeons rouges. Le malade prend deux cachets de salol (l'urine n'est pas trouble). La tisane de stigmates de maïs et son état général est excellent.

Pour demain, 23 mai, nous nous proposons d'appliquer un petit appareil plâtré pour immobiliser la jointure. Celle-ci, n'accusant plus aucune entorse, nous ne nous proposons de la mobiliser, si ce n'est pour arriver à quelque chose de mieux.

## Bulletin-Memento des Sociétés

**Académie des Sciences.** — Découvert un champignon qui, en se développant, produirait des affections cancéreuses.

**Académie de Médecine.** — Le cacodylique est un excitant précieux employé à dose thérapeutique. On ne le considère pas comme un équivalent de l'arsenic, malgré sa forte teneur en arsenic.

**Société de Chirurgie.** — La castration dans le traitement de la prostate. Il préconise l'épididymectomie ne s'atrophie pas après l'ablation de la prostate, donc qu'il continue à sécréter.

**Société médicale des Hôpitaux.** — On a observé un malade atteint de splénomégalie primitive, sans leucémie, et cyanose.

**Société de Biologie.** — M. B. a observé des lésions nettes des cellules de la moelle chez deux malades qui avaient présenté une paralysie mentale.

risque fort de provoquer une occlusion intestinale. M. LAMBERT en est une preuve ; il a eu l'occasion d'observer un cas.

#### **Radiographies stéréoscopiques**

M. LAMBERT présente des radiographies stéréoscopiques et comment il procède pour l'obtention de semichés. Il fait deux poses du même organe, en écartant l'ampoule à la deuxième épreuve. Si la distance de l'ampoule à la plaque est bien calculée, si l'angle de vision est convenable, on obtient des images stéréoscopiques, donnant très nettement l'illusion du relief.

#### **Recherches sur les oxydases**

M. LAMBERT fait connaître quelques résultats des recherches faites au laboratoire des cliniques sur les oxydases, et insiste surtout sur les oxydases indirectes, celles qui dégagent de l'oxygène en présence d'eau oxygénée. « Jusqu'à maintenant, on ne les avait trouvées que dans certaines graines ; j'ai eu l'idée de les chercher dans les différents liquides normaux ou pathologiques. Les expériences sont basées encore sur trop peu de faits pour que je puisse en tirer des conclusions. »

M. LAMBERT a employé trois procédés d'analyse : 1° le réactif de Fehling ou la teinture de gâlac : En ajoutant à un liquide contenant de l'oxydase directe du réactif de Fehling ou de la teinture de gâlac, on a des colorations soit rouges, soit bleues ; avec les oxydases indirectes on n'obtient pas de coloration, mais si on ajoute de l'eau oxygénée la coloration apparaît de suite.

2° la recherche volumétrique, consistant à doser la quantité d'oxygène dégagée en présence de l'eau oxygénée.

3° la recherche de l'azote qui fait d

M. LAMBERT a fait porter

ses recherches sur les urines et n'y a

trouvées que chez l'homme sain

et chez les affections a

ccidées des premières et

des oxydases en qu

ant le sang. Dans le

cas des oxydases vari

ées pathologiques.

3° crachats, les l

ontre aussi.

## **VARIÉTÉS**

### **L'impôt**

Les pays où fleurissent

l'impôt n'a e

la profession m

la répartition de

corps médical d'une ville. Le gouvernement informe les praticiens que le corps médical de... est soumis à une contribution globale de... (ici un chiffre fantastique de mille reis). Les médecins se réunissent et élisent obligatoirement un conseil, la « Gremio ». La Gremio est chargée de répartir le plus équitablement possible les charges entre les confrères, d'après la clientèle qu'elle leur suppose. Les médecins qui se croiraient lésés dans cette répartition, ont le droit d'en appeler à une Cour spéciale, instituée pour juger les contestations entre les Gremio (il en existe pour toutes les professions) et les contribuables.

Un détail qui permettra de juger la rage d'imposition qui sévit au Portugal : une forte taxe ayant été établie sur les allumettes, les habitants économes s'étaient remis à l'usage du briquet. Ceci ne faisait pas du tout l'affaire du gouvernement. Aussi s'est-il hâté de mettre également en régie la fabrication de la corde remplaçant l'amadou pour ces briquets ; il est formellement interdit de se servir d'autre corde que la corde de la régie. Et la régie a soin de débiter la sienne au prix de la corde de pendu !

### Un biberon vieux de vingt-six siècles

Beaucoup de personnes s'imaginent que le biberon est d'invention relativement récente, et, de fait, il paraît certain que l'usage de cet appareil élémentaire ne s'est généralisé que depuis une cinquantaine d'années.

Un archéologue anglais, le professeur Mosby, a publié dernièrement un travail fort curieux d'où il résulte que, contrairement à l'opinion émise plus haut, le biberon était connu des Romains, des Grecs, des Égyptiens, et probablement aussi des premières civilisations assyriennes.

D'après M. Mosby, les nourrices grecques avaient coutume de se servir, pour donner à boire à leurs nourrissons, d'un petit vase de forme oblongue, rempli de lait additionné d'un peu de miel.

Dans le vieux cimetière romain du Saint-Sépulcre, aux environs de Cantorbéry, on a découvert un biberon en terre cuite rouge près du cercueil d'un petit enfant. Et plus récemment, le professeur Mosby a pu déchiffrer sur l'un des vases grecs du British Museum une inscription qui ne laisse aucun doute sur l'usage auquel il était destiné. Or, ce biberon primitif remonte à sept ans avant Jésus-Christ.

Décidément il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

### Les beautés de l'Opothérapie

On peut vraiment, à l'heure actuelle, se demander où vont s'arrêter les fantaisies de certains esprits. L'opothérapie, basée sur des données précises et sérieuses, est en train de s'égarer et ne tardera pas à devenir la risée de tous les médecins sérieux. En France déjà, on a vu naître et percer un certain nombre de procédés dignes de figurer dans la thérapeutique des médecins de Molière. Un Américain (*Amer. Journ. of obstetric*, 1899) vient, semble-t-il, de mettre le comble aux tendances pseudo-scientifiques, en soignant les fibromes utérins avec la poudre de mamelle arrachée de brebis. En prenant par jour quelques centigrammes de cette poudre, ce qui correspond à 6 grammes de glande fraîche, on voit, en peu de temps, fondre les fibromes et disparaître leurs symptômes. Il ne reste plus aux chirurgiens qu'à vendre à la ferraille le matériel, désormais inutile, de l'hystérectomie. Il n'y a donc plus à s'alarmer de rien et nous ne tarderons peut-être pas à vous proposer sérieusement le projet fantaisiste émis, l'autre jour, par un spirituel confrère. Il

proposait de remplacer les nourrices, qui se font de plus en plus rares, par des jeunes gens auxquels on ferait prendre de l'utérus d'animaux fraîchement accouchés. Cette opothérapie ne tarderait pas, sans doute, à développer, chez eux, de belles mamelles et une abondante lactation. Cette idée est, sans nul doute, à creuser !

Le *Matin* signale comme une chose d'une drôlerie déconcertante, le fait que M. PICHARD, le fabricant de nougat dont le Président de la République a récemment visité à Montélimar la belle usine, est docteur, ancien médecin militaire. — Faut-il que le reporter qui a fait cette découverte curieuse soit jeune ! Quelques-unes des belles fortunes de quelques médecins lillois proviennent, chacun le sait, de l'industrie, où nos confrères ont appliqué leurs connaissances, leur expérience, leur commandite. Serait-il, par hasard, défendu à quiconque s'est fait parcheminer devant une Faculté de Médecine, de faire autre chose que de la médecine ? Aux yeux de nos confrères de la grande presse, peut-être aussi ne devrions-nous pas pouvoir politiquer ; peut-être aussi les hauts sentiments ne doivent-ils pas avoir accès dans nos âmes ! Mais que pense alors le *Matin* du carabin AGUINALDO, qui donne tant de fil à retordre aux Américains en ce moment, pour arriver à l'autonomie des Philippines ? De quoi se mêlent ces médecins, fabricants de nougat, filateurs ou patriotes ? Qu'ils retournent au plus vite à leurs malades !

### Renseignements officiels sur l'Hygiène publique

Aux termes de l'article 10 du décret du 21 mars 1855 :

- « Aucun enfant n'est reçu, même provisoirement, par les » Directeurs et Directrices d'écoles, s'il n'est pourvu d'un certificat de médecin dûment légalisé constatant qu'il n'est » atteint d'aucune maladie contagieuse et qu'il a été vacciné. »
- « L'admission des enfants dans les salles d'asile publiques » ne devient définitive qu'autant qu'elle a été ratifiée par le » maire. »

Ces prescriptions semblent ne plus être observées dans un grand nombre de communes du département du Nord ; M. le Préfet du Nord attache une sérieuse importance à leur stricte exécution et dans une circulaire récente recommande aux maires du département de vouloir bien s'y conformer.

### NOUVELLES & INFORMATIONS

Par arrêtés ministériels en date des 3 et 10 mai, MM. LE GENTIL et TOUSSAINT, sont nommés aides-préparateurs de physique.

Sous le patronage de MM. BROUARDEL, LANDOUZY, CORNIL, DURAND-FARDEL, FOURNIER, GILBERT, HUCHARD, LANNE-LONGUE, MONOD, PROUST, J. SIMON, et sous la direction scientifique du professeur LANDOUZY, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications du 2 au 13 septembre aura lieu un voyage d'études médicales aux stations du centre et de l'Auvergne, de Nérès à Pougues par La Bourboule, le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, le sanatorium de Durtol, Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré. Les médecins français et étrangers, les étudiants en médecine, les femmes de médecins accompagnant leur mari sont seuls admis à ce voyage, dont le prix à forfait est de 200 francs par personne, payable en s'inscrivant ; la concentration se ferait à Montluçon, où chacun arrivera isolément à moitié prix, la dislocation à









la vésicule à la paroi, après l'avoir vidée de son contenu.

La cholécysto-entérostomie, conçue par NUSSBAUM en 1880, fut pratiquée pour la première fois avec succès chez l'homme par un chirurgien russe, MONATYRSKI (1887).

Quant aux autres interventions, elles ont été rarement pratiquées, et n'ont leurs indications que dans certains cas très particuliers sur lesquels je ne veux pas m'étendre aujourd'hui.

L'opération a été pratiquée devant vous, les principaux détails sont sans doute encore présents à votre esprit. Je fis le long du bord externe du muscle droit au niveau de la vésicule une incision d'environ quinze centimètres. Une fois le péritoine pariétal incisé, nous aperçûmes la vésicule biliaire, grosse comme une tête de fœtus. Je la vidai. Elle ne contenait pas de calcul. Le canal cystique n'en contenait pas davantage. J'allai à la recherche de l'hiatus de WINSLOW et du pylore. Le pylore était sain, mais, en suivant le duodénum, j'arrivai rapidement sur une tumeur, dure, inégale, grosse comme un œuf de poule, au niveau de la tête du pancréas.

Il s'agissait donc d'une tumeur de la tête du pancréas, oblitérant l'ampoule de VATER et causant la rétention biliaire dont souffrait le malade. La tumeur faisait également corps avec le duodénum. Il était impossible de la mobiliser. Il ne fallait donc pas songer à l'extirper. Je me résolus à anastomoser la vésicule à la première portion du jéjunum. Je me servis du bouton de MURPHY, petit calibre. La mise en place fut relativement aisée. Je fis un drainage profond, au moyen d'une gaze iodoformée, et je fermai la plaie.

Les suites opératoires furent des plus simples. La température ne dépassa pas 37°7. Le pouls, qui était très lent, reprit une fréquence de 68 à la minute. Bientôt les signes du rétablissement du cours normal de la bile furent évidents. Les selles se colorèrent, les urines devinrent de plus en plus abondantes et limpides. La teinte olivâtre de notre malade disparut peu à peu.

Le bouton de MURPHY fut retrouvé dans les selles, treize jours après l'intervention. Le malade est aujourd'hui bien portant. Quant à son avenir, il est subordonné à l'évolution ultérieure de son néoplasme.

## Sur un cas de Respiration de

PAR MM.

G. Raviart

Interne des Hôpitaux

ET

Et

Le 18 février 1899, V... entre à l' dans le service de M. le professeur Coousse et qu'il a les jambes enflées.

Son père, rhumatisant et cardiaque. Lui-même n'a jamais eu de rhumatisme. Depuis dix-huit mois qu'il tousse (expression « court d'haleine »). Alcool. Plupart des petits signes du brightisme. Vaît continuer à travailler, et ce n'est que des vertiges, une oppression, un œdème des membres inférieurs l' demander nos soins.

Il est emphysémateux et brouche asystolie légère présente une matité étendue et semblant intéresser le poudroit (un pouls veineux extrêmement d'autre part de la dilatation du ventricule entraîné une dilatation tricuspidienn. Le premier bruit est mal frappé et le second est étouffé.

Le foie est abaissé de deux travers de fausses côtes, sa palpation est douloureuse, les battements hépatiques perceptibles.

Les urines sont très peu abondantes. 2 gr. 5 d'albumine par litre et un peu de sucre.

En outre nous sommes frappés par le malade et par le peu de sens de ses réactions. La nuit qu'il passa à l'hôpital, il se leva, alla en salle et voulut se coucher dans un lit d'autrui.

Aussi on a placé le malade dans un lit isolé, et où il peut sans dérangement bouleverser son lit et mettre tout ce qu'il veut. Il est plongé dans un sub-délire intermittent. Répond d'une façon à peu près sensée à nos questions. Cependant il nous adresse des propos saugrenus et incohérents.

Nous passons rapidement sur ces faits pour insister plus spécialement sur ce qui nous a été présenté par notre malade et que nous avons observé dans ses moindres détails.

2 mars. — Notre malade présente le CHEYNE-STOKES, caractérisé par les phases connues d'apnée et de dyspnée se succédant régulièrement, accompagnées de phénomènes et autres qu'on trouvera étudiés ci-dessous.

3 mars. — Apnée 15" à 20".

Dyspnée 30".

Il y a en moyenne 17 inspirations par période de dyspnée, les deux premières très faibles, la troisième beaucoup plus ample, le maximum étant atteint par la quatrième et conservé jusqu'à la douzième, les cinq dernières vont s'affaiblissant progressivement.

Pendant l'apnée le pouls bat à raison de 90 à 120 pulsations par minute. Pendant la dyspnée on n'en compte que 60.

4 mars. — Nous observons très longuement notre malade. Nous avons fait un tableau dans lequel nous montrons la durée respective de l'apnée et de la dyspnée, le nombre d'inspirations pendant la dyspnée; dans la

sont variables; hier, à part la ou les deux ou trois premières, les inspirations étaient égales comme amplitude et comme durée.

Plus souvent elles sont d'autant plus amples et plus rapides, qu'on approche du milieu de la période de dyspnée. Enfin elles peuvent être toutes également faibles et peu perceptibles et ce dans le cas où le malade vient de tousser et probablement épuiser par cet effort l'énergie nécessaire à la production d'inspirations plus fortes.

La rapidité des battements du cœur varie, nous l'avons vu, dans les périodes d'apnée et de dyspnée, plus lentes dans la dyspnée, plus rapides dans l'apnée; cette rapidité

### Apnée

quatrième colonne nous figurons le numéro d'ordre de la première inspiration ample, les inspirations qui précèdent étant esquissées; celles qui suivent ont à peu près la même valeur jusqu'à la dernière.

Apnée	Dyspnée	Nombre d'inspirations pendant la période de dyspnée	1 inspiration ample
12"	33"	15	3
13"	32"	15	4
15"	28"	14	4
13"	30"	14	3
15"	28"	14	3
15"	30"	14	3
13"	28"	14	2
16"	27"	14	2
15"	28"	14	2
15"	27"	14	2
15"	28"	14	2
15"	28"	14	2
18"	25"	14	2
15"	28"	14	4
15"	28"	14	4
17"	28"	14	3
13"	27"	14	2
15"	25"	14	2

La rapidité des battements du cœur variait avec les périodes d'apnée et de dyspnée selon les chiffres suivants :

Apnée : 80 pulsations par minute, 80, 90, 92, 88, 90.

Dyspnée : 60 pulsations par minute, 60, 60, 60, 60, 60.

5 mars. — Le nombre des inspirations par période de dyspnée n'est pas toujours aussi régulier. C'est ainsi que nous avons pour ce jour les chiffres suivants pour 24 périodes dyspnéiques successives :

Nombre d'inspirations : 13, 15, 14, 18, 17, 18, 17, 17, 16, 15, 13, 16, 15, 13, 14, 15, 14, 14, 14, 13, 15, 13, 15.

D'autre part, l'amplitude et la rapidité de ces inspirations

présente des différences très appréciables selon le moment. Ce sont ces variations que nos tracés montrent très clairement comme nous le verrons plus loin; mais il n'est point besoin de sphygmographe pour s'en rendre compte et le pouls radial indiquait parfaitement au doigt une diminution de la vitesse des pulsations au moment où les inspirations étaient plus bruyantes et le plus souvent répétées.

Bien mieux le pouls veineux si accentué chez notre malade indiquait admirablement les variations dans la vitesse des battements du cœur, et tous les stagiaires qui se pressaient autour du lit pouvaient voir, alors que le malade entraînait en apnée, le reflux jugulaire doubler de vitesse.

6 mars. — Phénomène subsiste, identique.

7 mars. — Nous avons pour ce jour les chiffres suivants :  
Durée respective en secondes.

Apnée.	Dyspnée.	Nombre d'inspirations.
14"	28"	14
12"	28"	15
12"	30"	16
8"	34"	21
10"	38"	16

Rapidité des pulsations dans les deux périodes :

Apnée = 102 pulsations par minute 90 — 96

Dyspnée = 72 » » 60 — 66

8 mars. — Durée des deux périodes :

Apnée.	Dyspnée.
14"	27"
13"	24"
18"	30"
16"	28"

9 mars. — La longueur des deux périodes est considérablement augmentée :

Apnée.	Dyspnée.
22"	40"
28"	40"
27"	40"

Pendant la nuit du 9 au 10, nous voyons le malade : son rythme respiratoire n'est pas très régulier (notons que des mucosités obstruent les bronches). La période d'apnée est remplacée par une série d'inspirations courtes et beaucoup moins bruyantes que celles de la période de dyspnée. Un accès de toux survient, expectoration et repris : du rythme : Apnée 20" ; Dyspnée 30".

10 mars. — La durée des périodes tend à devenir égale, nous avons :

Apnée	Dyspnée
23"	27"
25"	25"
25"	25"

Dans la nuit du 10 au 11, le rythme est  $A = 20''$   $D = 30''$ .

11 mars. — La durée de l'apnée diminue, elle n'est plus en moyenne que de 15", celle de la dyspnée étant de 35".

12 marts.

Aprée.	Dyspnée.
15"	30"
20"	40"
20"	40"

13 mars. — La respiration devient plus régulière, moins bruyante et il est difficile de distinguer des périodes bien nettes. Le malade cesse parfois de respirer durant dix secondes, mais il n'y a plus de rythme de CHEYNE-STOKES.

Nous pouvons attribuer cette amélioration au régime suivi par le malade (régime lacté absolu) et aux injections de sérum qui lui furent faites et qui ont certainement augmenté sa diurèse.

**13 au 27 mars.** — L'amélioration subsiste, le sub-délire a disparu à peu près complètement et le rythme précédemment observé est remplacé par de simples irrégularités sans caractère net.

29 mars. — Le 28 apparaît de l'œdème des membres inférieurs, le malade se plaint de céphalée, tandis que le rythme de CHEYNE STOKES réapparaît. Apnée et dyspnée sont également de 30".

29 mars. — Apnée 25". Dyspnée 35".

La réapparition du rythme fut de courte durée et le 1<sup>er</sup> avril, cependant que la dyspnée s'accroissait et que l'asystolie finale paraissait frapper le cœur de notre malade, le rythme de Cœurne-Stokes disparaissait complètement.

Malgré le traitement, le malade devient de plus en plus anurique et il mourut en asystolie le 10 avril.

On trouve à l'autopsie les deux reins très scléreux et kystiques, un cœur énorme, toutes ses cavités gorgées de sang et dilatées, un foie cardiaque et des poumons emphyémateux.

A l'ouverture de la boîte crânienne, les vaisseaux de la pie mère sont légèrement congestionnés, pas d'œdème. la pie mère est blanchâtre dans sa région sylvienne.

**Vaisseaux très peu athéromateux.**

**Bulbe.** — L'aspect macroscopique ne révèle rien d'apor-

mal et à la section les vaisseaux. L'artère basilaire ne présente qu'un petit nœud d'athérome, très petites en coupe, à la lumière du vaisseau. La paroi est normale, contrairement à ce qu'on pouvait attendre.

Nous étudierons maintenant le  
piratoires et concomitants présen

*Troubles respiratoires.* — Il y avait un CHEYNE-STOKES très net dont la durée moyenne 50", l'apnée étant généralement la durée de la dyspnée de 30". L'apnée ayant précédé la dyspnée, ne l'ayant égale que dans la dernière période, la dyspnée n'ayant jamais dépassée. On peut conclure des chiffres qui précèdent que l'apnée est plus longue à mesure que le malade avance. L'apnée, qui était de 12" au début,

Cerythme, d'après ce que nous  
été précédé de ralentissements r  
après la disparition du rythme i  
ques jours le rythme interméd  
constitué par des périodes res  
différente.

**Le rythme disparut dix jours ava**

Lorsque le malade est calme, il mi-clos, la bouche entr'ouverte et par les périodes d'Apnée et de silence respiratoire absolu naturelle, sauf les mouvements convulsifs plus loin; puis insensiblement la respiration se produit à peine ébauchée, elle devient d'autant plus profondes, plus puissantes que l'on approche du milieu de l'expiration. Comme nous l'avons vu, les inspirations ont une égale étendue jusqu'à la dernière, ou plutôt elles augmentent progressivement pendant les quatre dernières inspirations. Dans quelques cas, les inspirations sont faibles de la première à la

Il nous faut noter ici les trois rythmes par la toux. Tantôt c'est passive que commence la dyspnée et une quinte de toux, puis le malade fait ce sont des quintes de toux s'étendant sur trois ou quatre cycles du rythme pendant quelques minutes.

Pendant l'apnée particulièrement dans un état demi-comateux, du tire assez facilement. Pendant cet on son nom, son âge, il nous avec, naturellement, la légère c fonctionnement pulmonaire.

**Nous lui demandons pourquoi**



poignet, des petites secousses latérales du poignet, l'extension brusque de l'index ou de quelque autre doigt. Parfois aussi de légers mouvements de flexion de la main. Tantôt, au contraire, c'est un membre inférieur secoué brusquement qui soulève les couvertures.

La **Sensibilité cutanée** ne nous a point paru très altérée, tout au plus y avait-il un peu de retard, tant dans l'apnée que dans la dyspnée.

**Troubles réflexes.** — Les réflexes tendineux sont abolis, le réflexe rotulien fut cherché un très grand nombre de fois et ne fut jamais obtenu.

Pas de réflexe plantaire. Pas de phénomène du pied. Le réflexe pharyngé est très faible pendant l'apnée, il existe pendant la dyspnée beaucoup plus marqué. Le réflexe cornéen existe dans l'apnée et dans la dyspnée.

**Troubles intellectuels.** — Ainsi que nous l'avons dit au cours de cet article, le malade était un urémique délirant, se levait la nuit, déchirait ses draps et si, lorsqu'on lui causait, certaines réponses étaient sensées, le malade y ajoutait différents propos qui ne l'étaient point du tout, il s'imaginait un jour qu'on lui avait volé ses effets, les différents propos saugrenus étaient tenus pendant la dyspnée.

Le malade était obnubilé pendant l'apnée surtout, mais comme on l'a vu il était possible de l'interroger pendant cette apnée.

Cette longue observation est intéressante à plus d'un titre, nous retiendrons seulement :

1° La régularité du rythme ; 2° Les phénomènes circulatoires si intéressants mis en évidence par nos tracés et nos tables ; 3° La dilatation pupillaire prœdyspnéique, le myosis pendant l'apnée ; 4° L'abolition des réflexes rotuliens et plantaires ; 5° Les variations du réflexe pharyngien, faible dans l'apnée, augmentant dans la dyspnée.

M. le professeur WERTHEIMER a bien voulu nous dire comment il est possible d'expliquer et de relier entre eux les phénomènes présentés par le malade.

La diminution d'excitabilité des centres bulbaires :

a) Respiratoire ; b) Modérateur du cœur ; c) Vaso-constricteur ; d) dilatateur de la pupille.

pendant l'apnée, explique pendant cette période :

a) L'arrêt des mouvements respiratoires ; b) L'accélération des battements du cœur ; c) L'abaissement de la tension artérielle ; d) Le myosis.

Pendant cette période d'apnée, l'acide carbonique s'accumule dans le sang et en même temps qu'il irrite les noyaux moteurs produisant ainsi les convulsions de la fin de l'apnée, réveille les centres précités de sorte que :

a) La respiration recommence ; b) Le cœur bat plus lentement ; c) La tension artérielle augmente ; d) La pupille se dilate.

Tout cela fonctionne régulièrement tant que rien ne

vient déranger le rythme intervient, elle arrive mouvement respiratoire n'est pas longue et ne successives le malade, tatives.

Qu'un accès de toux bulbe, épuisé par ce remettre et les cycles respiratoires ébauchés et de dyspnée est mom

Si ce sont là des hy notions physiologiques mettent, en attendant l nécessaires, d'avoir du des troubles divers qu laquelle momentanément

## Palpitations

Par M. J. O

Madame G . . , âgée Ollivier pour une mét troubles nerveux appe la nature les renseignements, avec l'examen, en à plusieurs titres.

De souche nerveuse dame a toujours été d'elle l'est normalement abondantes en permanence son premier enfant couches tout à fait ne

Deux ans après, à 2 culaire, dont la période des douleurs articulaires jusqu'à l'apparition d' Cette grossesse fut t ments incoercibles acc triques. Un accouchement huit mois. L'enfant m Les suites de couche mais à dater d'alors le

Depuis lors elle se bourdonnements d'ore douloureuses de la face tristes et pense const rève de choses bizar d'animaux fantastiques que lorsqu'elle s'est cc

Six semaines après des règles, la malade la laisse, à son dire, p c'est-à-dire depuis q battements de cœur, diaque, de battement que ça saute, dit-elle

on ; parti-  
gmentent  
des épis-

ormal aux  
cardiaques  
pointe le  
qui com-  
ut le petit  
e aortique  
d aussi un

xyphoïde  
de l'aorte,  
nents qui  
énomène,  
er. Si l'on  
ts, la tête  
t un choc  
tement la  
roduit un

ale facile-  
ugmentée  
ition ané-  
rouve une  
s de doigt  
d jusqu'au  
s'étend à  
rebord des  
is le côlon  
Le foie est  
érieur des

multiples.  
ible. Les  
l'estoma-  
de vomis-  
y a de la

écomènes  
ents, ver-  
sa neuras-  
l'hystérie  
gulation ;  
ncopales,  
vements.  
dant : les  
pas de  
hésie. De  
sulté, très  
ar elle dit  
rs un apé-  
es amies ;

e, montre  
enue neu-  
s à sortir  
n incon-  
révélé un

cas clinique intéressant, à savoir les palpitations de l'aorte abdominale.

La constatation de ces battements abdominaux porte tout d'abord et facilement l'esprit à une erreur de diagnostic : l'anévrisme de l'aorte abdominale, en effet, a souvent été soupçonné et affirmé, alors qu'il s'agissait seulement de faits analogues à celui-ci : au reste, la curabilité des anévrismes par la méthode de VALSAVA reposerait, d'après STOKES, sur des erreurs de diagnostic commises sur des cas de ce genre. Pour éviter de tomber dans cette erreur, il faut se souvenir que le diagnostic des palpitations de l'aorte abdominale repose sur les points suivants, que relate du reste notre observation : pas de dilatation anévrismale par le palper, variations de siège, de sonorité et de volume de la tumeur suivant les jours, intermittence dans les battements constatés, influence de l'émotion, dans la production des battements ; souffle léger et non vibrant ; absence de retard du pouls crural ; constatation de symptômes accessoires, tels que neurasthénie, troubles gastro-intestinaux.

Sans être fréquente, l'aorte pulsatile se rencontre assez souvent pour que l'attention doive être attirée sur elle. Y penser sera presque toujours la diagnostiquer.

#### Accidents généraux réflexes consécutifs à un lavement fortement salé

par le Docteur A. Vermersch.

Le lavement salé est de thérapeutique courante ; il arrive très souvent au praticien de le conseiller pour évacuer l'intestin, soit dans un cas de constipation chez l'adulte ou l'enfant, soit dans un cas d'éclampsie infantile. Il est rare, néanmoins de constater des accidents à la suite de lavements semblables ; aussi ne croyons-nous pas indigne d'intérêt de rapporter l'observation suivante, qui nous a été communiquée par un de nos collègues. Les accidents sérieux succédèrent à l'administration d'un lavement trop salé.

Madame M..., de robuste constitution, âgée de six mois, est constipée depuis sa grossesse, comme presque toutes les femmes enceintes. Elle essaie de combattre sa constipation par tous les moyens habituels, mais sans succès. Les purgatifs drastiques.

Après avoir épuisé toute la pharmacopée, elle prend journellement, sur les conseils de son médecin, un lavement avec une solution de sulfate de soude agité pendant quelque temps. Mais aucun effet sur l'intestin. Le lendemain, le lavement inspiré en augmentant sensiblement la dose.

marin. C'est pour les suites d'un lavement ainsi administré que nous fûmes naguère appelé à donner nos soins.

Nous trouvons la malade alitée, en proie à de violentes coliques, dans un état nauséux, que troublent quelques rares vomissements, qui causent des douleurs s'irradiant dans la région lombo-abdominale. S'il n'existe pas de hoquet, ni de syncope, nous constatons des sueurs froides et de véritables lipotbymies. Madame M... est dans un état voisin de collapsus : les évacuations sont alvines, sanguinolentes, sans odeur spéciale, et contiennent des lambeaux de muqueuse.

Tel est l'état dans lequel nous voyons notre malade le matin à notre première visite. Un irrigateur, gisant au milieu de la chambre, ayant attiré notre attention, nous questionnons le mari, et apprenons qu'un lavement venait d'être donné avec une forte poignée de gros sel (environ 150 grammes à 200 grammes de sel gris). Un quart d'heure à peine après l'administration du lavement, la malade avait présenté les divers phénomènes que nous venons de signaler.

En présence de ces accidents généraux réflexes de l'action irritante locale qu'avait causée le lavement, nous nous décidâmes pour le traitement calmant et délayant. Nous fîmes une injection de morphine et nous prescrivîmes des boissons citriques et du lait coupé avec de l'eau albumineuse.

À notre seconde visite l'après-midi, les symptômes alarmants avaient cédé à la médication du matin. Quelques douleurs sourdes existaient seules encore dans le bas-ventre ; des cachets de benzo-naphtol et de silicate de magnésie furent ordonnés.

Le lendemain matin, l'état général était satisfaisant : plus de vomissements ni d'entéralgie. La malade accuse seulement une soif intense, comparable à celle des diarrhées cholériformes, et facilement apaisée par la glace.

Dans la soirée, nous étions de nouveau appelé pour des douleurs siégeant surtout dans les lombes. La possibilité d'un accouchement prématuré se présente à notre esprit, quelques gouttes de teinture de viburnum prunifolium à l'intérieur et un lavement laudanisé calmèrent ces douleurs.

Le troisième jour, la malade était guérie ; la grossesse continue.

Il est de toute évidence que cette jeune femme a été victime d'accidents réflexes d'une rectite occasionnée par l'injection d'une solution concentrée de sel marin.

Le sel gris, sel marin impur ou non raffiné, est en majeure partie composé de chlorure de sodium, dont l'existence dans tous les tissus et liquides de l'organisme, dont le rôle dans les phénomènes intimes de diffusion et dans la conservation des hématies est connue de tous les médecins.

La valeur des impuretés dans les accidents que je viens de relater me paraît nulle, d'autant que l'irritation produite par une solution quasi-saturée de sel

marin explique ce qui s'est produit : desquamation épithéliale, ténésme, choléra nostras, état syncopal.

La cause de ces accidents réside en effet dans la quantité de sel introduite et dans sa concentration. En posologie habituelle, le lavement salé doit être formulé à 60 pour 1000 ; or, cette dose, étant trois fois plus forte, la solubilité maxima du sel marin dans l'eau étant de 1 pour 4 à la température ordinaire, avec 180 gr. pour un litre environ, nous n'étions pas loin de la saturation ; dans ces conditions, la soustraction d'eau aux tissus devait être et a été intense ; tout ce qui fut observé dérivait de ce fait. Au reste NOTHNAGEL et ROSSBACH ont signalé la mort après ingestion de 500 à 1000 gr. de chlorure de sodium.

Afin d'éviter pareille méprise, nous pensons donc qu'il importe au médecin de préciser la quantité de sel marin à employer dans un lavement. Les mots pincée, poignée, restent vagues dans l'esprit du malade, toujours porté à exagérer la dose. Enfin, c'est de préférence le sel blanc raffiné, sel marin plus pur et exempt de chlorures déliquescents, qu'il convient de conseiller.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie de Médecine.** — M. DELORME, dans les plaies pénétrantes de poitrine avec hémorrhagie grave, préconise l'intervention chirurgicale.

— M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE préfère l'immobilisation absolue du blessé.

**Société de Chirurgie.** — M. REYNIER est partisan de l'ablation précoce des nodules tuberculeux dans l'épididyme. La castration ne doit être pratiquée que dans des cas très particuliers.

**Société médicale des Hôpitaux.** — M. SOUQUES attribue la localisation cérébrale dans le rhumatisme à une prédisposition morbide antérieure.

**Société de Biologie.** — MM. GILBERT et WEIL ont mesuré la tension des liquides ascitiques.

— Pour MM. HALLION et LARAN, le metavanadate de soude est toxique.

**Société de Dermatologie.** — M. NÉLATON traite le lupus par l'exérèse et l'autoplastie. La proportion de non-récidive a été de trente sur quarante.

M. BESNIER est d'avis qu'il faut surtout tenir compte de l'état général du malade.



dans les autres branches (puisque certains ont été jusqu'à dix fois nommés) et ont été reçus à leur baccalauréat souvent avec mention. C'est donc une confirmation, nous semble-t-il, de ce que nous avançons tout à l'heure de l'influence heureuse de l'équitation sur le développement intellectuel.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratique*).

### Les bains au Japon

M. le Dr MATIGNON donne, dans la *Gazette des hôpitaux*, une relation de voyage qui montre que les Japonais ne professent pas du tout en matière de nu les mêmes idées que les occidentaux. Il décrit en particulier une station thermale : Dans le village de Onzen, une abondante source sulfureuse fournit de l'eau à 94 degrés. A dix pas d'elle, une source d'eau froide ordinaire, à 12 et 13 degrés, permet, par un moyen de canalisation économique en bambou, d'amener dans les piscines un mélange à 45 ou 48 degrés. Hommes, femmes, enfants, absolument nus, se pressent, debout les uns contre les autres, dans de grandes cuves qui servent de baignoires. Le traitement comprend plusieurs bains quotidiens pendant une vingtaine de jours, en moyenne. Est-ce par raison de manque de serviettes, est-ce dans un but thérapeutique que les baigneurs ne s'essuient pas ? Dans tous les cas, on les voit, en général, au sortir de la piscine, se promener sans vêtements, ou s'asseoir au bord du chemin, dans le même costume, demandant aux rayons du soleil de vouloir bien les sécher.

Cette singulière habitude est même faite pour étonner un peu le voyageur étranger. Je me souviens, en effet, que mon compagnon de route et moi nous fûmes un tantinet surpris de nous trouver comme nous débouchions des bois, dans une rue de Onzen, en présence de quatre jeunes personnes absolument nues. Beaucoup moins surprises que Diane en face d'Actéon, elles répondirent par un rire gai et sonore à notre « caio » (bonjour), et n'essayèrent pas de se dérober à l'indiscrétion de mon appareil photographique. Après ces dames, nous rencontrâmes des hommes, également nus, puis d'autres femmes aussi sans vêtements. Nous vîmes un certain nombre de ces dernières, toujours aussi peu vêtues, installées sur leur balcon, en train de se peigner.

La nudité n'est pas inconvenante dans cet heureux pays, et le nu n'éveille pas d'idées libidinales.

### Le bilan de l'

On estime, en France, la dépense à 1.600.000.000 francs au bas mot sur la classe des travailleurs. Quelle aisance reviendrait dans les ménages, si l'on savait se priver du côté financier.

Au point de vue social, le fléau de la tuberculose, dans sa vitalité même, diminue et augmente dans une proportion inverse, des hospices et des asiles.

En Angleterre, les compagnies d'assurance, tellement convaincues de l'influence de la mortalité et sur la morbidité, ont obtenu une réduction de 28 p. 100 sur la prime. (*Le Temps*).





# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Ausset**, professeur agrégé des maladies des enfants ; **Barrois**, professeur de parasitologie à la Faculté ; **Bédard**, professeur agrégé de physiologie ; **Calmette**, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; **Carrière**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; **Carlier**, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphilitigraphique ; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

**MM. Deléarde**, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie ; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale ; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale ; **Gaudier**, professeur agrégé ; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique ; **Looten**, médecin des hôpitaux ; **Manouvriez**, (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; **Oui**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; **Surmont**, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs POTEL**, chef de clinique chirurgicale, et **INGELRANS**.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Note sur les hémorrhoides et leur traitement, par le docteur **Moty**, médecin principal de l'armée. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES : Société centrale de médecine du département du Nord, séance du 23 juin 1899 ; Volumineux kyste de l'ovaire, par le professeur **Folet**. — Pseudo-linite plastique, par **M. Raviart** ; Lithiase biliaire et le cancer de la vésicule, par **M. Raviart** ; La genèse des fonctions visuelles basée sur la guérison d'un aveugle de naissance de 19 ans, atteint de cataracte congénitale, par le professeur **Carlier** ; Des accidents de la constipation chez les nouvelles accouchées et de l'hyperthermie consécutive, par le professeur **Oui** ; Du choix entre l'opération césarienne et l'accouchement forcé post mortem, par le docteur **Colle**. — NOUVELLES ET INFORMATIONS — STATISTIQUE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Note sur les hémorrhoides et leur traitement

par le docteur **Moty**, médecin principal de l'armée.

L'article qui suit a pour but de préciser les indications et la valeur des différents procédés de traitement des hémorrhoides.

Tout le monde connaît les hémorrhoides et la plupart des médecins les connaissent même beaucoup plus qu'ils ne le souhaiteraient, car il y a peu d'hommes adonnés aux travaux de l'esprit qui n'en soient plus ou moins atteints. Résumons donc seulement leur histoire en quelques mots : Les travaux de **VERNEUIL** et surtout ceux de **QUENU** et **HARTMANN** ont démontré que les hémorrhoides sont essentiellement constituées par l'état variqueux des veines de rectum. La dilatation des veines se complique d'abord de phlébite, puis enfin de sclérose, de cause probablement viritique d'après nous, et la tumeur hémorrhoi-

daire se trouve ainsi constituée, par un bourrelet anal variqueux sujet à des poussées inflammatoires ultérieures congestives (**STAHL**) ou infectieuses (**QUENU**) correspondant à de nouvelles endophlébites susceptibles de se propager au tissu cellulaire voisin et d'y déterminer un état phlegmoneux extrêmement douloureux et particulièrement déprimant qui peut aller quelquefois jusqu'à l'abcès.

Les veinules ano-rectales aboutissent : les hémorrhoidales supérieures à la petite mésentérique (système porte), les hémorrhoidales moyennes aux plexus prostatique ou vaginal et à l'hypogastrique, les inférieures aux veines honteuses. Le réseau capillaire sous-muqueux d'où naissent ces différents groupes veineux forme un tout continu qui les solidarise assez complètement pour exclure toute limitation du processus hémorrhoidaire à l'un ou l'autre de ces groupes.

On désigne donc cliniquement par hémorrhoides internes celles qui ne s'aperçoivent pas à l'orifice anal à moins d'être momentanément abaissées par des efforts de défécation, et par hémorrhoides externes, celles que l'on voit à l'orifice anal en écartant simplement les fesses l'une de l'autre.

Les hémorrhoides internes donnent souvent lieu à des hémorrhagies quelquefois graves, mais rarement à un état phlegmasique douloureux. C'est l'inverse qui s'observe pour les hémorrhoides externes.

La pathogénie des hémorrhoides reste inconnue et il est inutile de discuter ici les travaux entrepris pour élucider cette difficile question. On connaît au con-

Tout ce que l'on peut dire c'est que l'hygiène n'est pas un vain mot, et que les jeunes gens qui se surmenent moralement, physiquement ou sexuellement sont exposés plus que les autres aux hémorroïdes et que l'apparition de cette infirmité est souvent le premier avertissement donné par la nature aux imprudents qui ne veulent pas compter avec leur organisme. Que la nutrition soit viciée dans un sens quelconque par excès de table et surmenage ou au contraire par insuffisance d'aliments et séjour au lit trop prolongé, le résultat sera le même et la déchéance expiatrice se traduira tôt ou tard par une poussée hémorroïdaire, à moins que le sujet ne soit indemne de cette prédisposition mal connue dont nous avons parlé. Que dire de plus ? Que le travailleur intellectuel doit interrompre de parti pris son travail avant d'atteindre la fatigue, qu'une promenade à un pas modéré est un des meilleurs moyens de se reposer l'esprit ? Mais ce ne sont là que des règles générales d'hygiène auxquelles les femmes enceintes, les écrivains, les cavaliers, etc., doivent, il est vrai, se soumettre quand ils le peuvent, mais qu'il serait inutile d'étudier plus longuement ici.

**TRAITEMENT DES POUSSÉES AIGUES.** — Nous avons laissé entendre plus haut que deux éléments principaux intervenaient dans les poussées aiguës. Un élément congestif constant et un élément infectieux éventuel, qui nous semble généralement surajouté au premier.

Il en résulte que la première indication rationnelle offerte par la poussée hémorroïdaire est le repos dans le décubitus horizontal ; ce serait donc une grave erreur que d'appliquer ici la prophylactique, car la malade pourrait qu'augmenter.

On éloignera ensuite le facteur infectieux qui a déterminé la poussée, suivant les circonstances de la maladie et que l'on exigera le repos absolu ou le repos sexuel.

Quand il s'agit d'une poussée simple, c'est-à-dire d'une poussée qui peut suffire, mais on ne doit pas perdre de temps en allant un peu plus loin par une manière plus directe contre les congestions rectales. Un préjugé très répandu chez les médecins, et contre lequel trop d'énergie est l'emploi de la cautérisation des hémorroïdes ; la sensatio

application est de courte durée et remplacée bientôt par une douleur plus pénible qu'auparavant accompagnée de tension croissante et de durcissement des dilatations veineuses.

D'autres topiques dont nous parlerons plus loin peuvent agir, il est vrai, et amener la résolution de la poussée, mais leur action est lente.

*Emploi de l'eau chaude.* — Nous pensons donc avec RECLUS que le meilleur moyen de combattre la congestion est avant tout l'eau chaude. Cette médication si simple a pour résultat presque immédiat une sensation de détente et une diminution effective de la dureté des hémorroïdes.

Mais il y a lieu de remarquer que le mode d'application de l'eau chaude n'est pas indifférent ; en effet, pour qu'elle ait son plein effet, l'on doit atteindre une température d'au moins + 50° et continuer son application suivant la gravité des cas pendant deux, trois, quatre ou cinq minutes.

Dans ces conditions les bains généraux sont inapplicables et le bain de siège lui-même est difficilement tolérable en raison de la sensibilité des parties sexuelles externes à la chaleur.

Le lavement chaud se refroidit très vite et ne peut être commodément renouvelé ; si bien que je me suis arrêté au procédé suivant : préparer un demi-litre d'eau boriquée à 50° environ (moitié ou deux tiers d'eau bouillante) plonger un tampon de ouate hydrophile assez volumineux dans cette eau et le porter vivement sur les hémorroïdes ; s'il est intolérablement chaud, attendre quelques secondes et le réappliquer ; s'il ne l'est pas assez, ajouter un peu d'eau bouillante au mélange ; on renouvelle de dix à douze les applications en maintenant les tampons tant qu'ils paraissent chauds. Ce petit traitement peut être répété de deux à quatre fois chaque jour, mais dans les formes bénignes, il suffit de l'appliquer deux jours de suite avant de se coucher ; souvent même une seule application suffit à dissiper la menace inflammatoire et l'on se réveille le lendemain décongestionné.

Si le cas est plus grave et si la congestion externe se complique de pertes de sang par suite d'hémorroïdes internes, le même procédé réussit encore, car l'eau chaude agit à distance, mais un lavement chaud sera ici d'un précieux secours.

La douche ascendante chaude a la même action que l'eau chaude en tampons, mais elle est plus difficile

à supporter et surtout moins pratique, car on a rarement le loisir de retourner plusieurs fois par jour dans un local de bains, pour en faire l'application. Un autre procédé assez recommandable, mais beaucoup moins commode, consiste à enduire le paquet hémorroïdaire de pommade mercurielle belladonnée, et à le couvrir d'un cataplasme épais aussi chaud qu'il peut être supporté. Il va sans dire que l'action principale de ce traitement est due à l'eau chaude, représentée par le cataplasme, et que la pommade mercurielle pourrait très bien être supprimée dans la plupart des cas.

S'il y avait collection purulente manifeste, l'incision après nettoyage de la peau au sublimé à 4 ‰, est incontestablement indiqué ; on peut la faire au bistouri ou au thermocautère ; je saupoudre ensuite la région anale de sous-nitrate ou de salicylate de bismuth et j'applique un tampon boriqué chaud à demi exprimé pour tout pansement. En cas d'étranglement, ulcération ou gangrène, le thermocautère et l'eau chaude sont encore les meilleurs moyens à employer.

Avec le procédé de l'eau chaude j'ai toujours vu jusqu'ici l'état phlegmoneux des hémorroïdes céder rapidement et la réduction des tumeurs s'accuser de plus en plus pendant les quelques jours et même les quelques semaines qui suivent la poussée aiguë.

*Dilatation.* — La dilatation a joui pendant quelque temps d'une grande vogue dans le traitement des hémorroïdes ; elle a surtout son indication dans les douleurs sphinctériennes dues à la contracture et s'applique par conséquent surtout à l'état aigu de la maladie.

Elle m'a toujours donné d'assez bons résultats ; dans ces cas il y a soulagement immédiat des douleurs ; l'action des tampons chauds s'étend plus profondément à la suite de ces dilatations ; les hémorragies d'origine profonde diminuent ou s'arrêtent ; mais il faut reconnaître que le résultat acquis est très temporaire et qu'à elle seule la dilatation n'a pas une grande efficacité elle doit être conservée mais uniquement contre les douleurs spasmodiques rebelles de la période aiguë ou contre les hémorragies des hémorroïdes internes et contre l'étranglement.

Pour pratiquer la dilatation on fait autour de l'anus aseptisé quatre ou six injections de cocaïne au centième à raison d'un tiers ou d'une demi-seringue par piqûre et en plein sphincter ; on place ensuite le malade debout contre son lit sur lequel il appuie les coudes, de

**TRAITEMENT DE LA POUSSÉE CHRONIQUE.** — Le traitement de cette forme présente un intérêt particulier parce qu'il s'applique à la totalité des hémorrhoidaires. On peut dire sans crainte d'erreur que les hémorrhoides, comme les varices et le varicocèle, ne peuvent pas guérir complètement, mais on peut également soutenir à juste titre qu'elles sont susceptibles d'être ramenées à un état équivalent à la guérison.

Pour obtenir ce résultat, les malades doivent d'abord autant que possible éviter les causes occasionnelles énumérées plus haut ; en second lieu ils doivent s'astreindre à des soins de propreté persévérants sur lesquels je reviendrai ; enfin ils doivent recourir aux médications toniques, notamment aux douches générales froides.

Pour les soins de propreté locaux il faut éviter l'eau froide ; au contraire les tampons d'eau très chaude préconisés plus haut restent le moyen de choix. Quand les hémorrhoides sont simples et ne sont pas sous la dépendance d'une cause particulière comme la grossesse ou les tumeurs, ce moyen suffit à lui seul à les ramener en quelques jours à un état de résolution presque complet, le malade n'a plus ensuite qu'à se surveiller et à employer préventivement le même moyen à chaque menace de poussée nouvelle.

Bien que nous considérions ce simple moyen comme supérieur à tous les autres, il est cependant nécessaire d'étudier rapidement la valeur et les indications spéciales de diverses médications considérées à tort comme curatives ; en le faisant nous dirons quelques mots des complications auxquelles elles s'appliquent plus particulièrement.

Il est bon de noter d'abord que les petites complications des hémorrhoides (liées les unes aux autres

La plus constante d'en la marge de l'anüs, est un propreté et cette dernière et des démangeaisons plu

*Astringents.* — Contre c on employait autrefois l'o pourrait aujourd'hui ren tannin ou de ratanhia.

Cette médication n'est efficacité en dehors des l l'inconvénient de tacher substituer d'autres moye pourvus de cet inconvéni





ralement oppo-  
nent en deux  
se ensuite au  
tège les parties  
rs, compresses  
ié. Les portions  
re s'atrophient  
ord un gonfle-  
ononcé, mais il  
uration consé-  
t deux ou trois  
prises avec des  
nt astreints au  
d'être conservé  
ures, en raison  
et employait le  
ui se contenter  
et la méthode  
la chirurgie de

et convient très  
s, reliquats de  
s; on cocalnise  
pince de PÉAN,  
ve son pédicule  
au thermocau-  
atule protège le  
ien pédiculée, il  
ison se fait sous  
asse est sessile  
plus ou moins  
s antiseptiques,  
s jours, et l'eau  
ent cette inflam-  
e quinzaine de  
momentanément

bornons pour  
us un tampon  
quand il est  
h après chaque

e, les malades  
cas contraire,  
aine de jours.  
herche plus la  
ent la première  
s.

En cas d'hémorrhagie, on se borne à appliquer un tampon antiseptique sec sur l'anūs, après lotion très chaude; on l'y maintient serré pendant quelques minutes et on le fait maintenir ensuite par le malade lui-même.

DISSECTION. — La dissection suivie d'incision ou l'excision simple (procédé de WITHEHEAD), autrefois dangereuses, mais rendues inoffensives par la méthode antiseptique, gagnent tous les jours du terrain et nous semblent l'emporter de beaucoup sur la ligature sous-muqueuse à fils perdus (ALLINGHAM), procédé minutieux qui traîne inutilement les choses en longueur; l'emploi de ces méthodes se trouve indiqué après échec de la dilatation et de l'eau chaude et en présence de paquets hémorroïdaires volumineux ou à inflammations fréquentes; il est particulièrement avantageux dans les cas de procidence muqueuse accusée. Nous pratiquons l'excision après cocalnisation et par un procédé encore plus simple que celui de RECLUS, c'est-à-dire en saisissant avec une pince en T, les parties les plus saillantes des paquets et en plaçant un catgut fauflé plusieurs fois au-dessous des pinces; on excise au bistouri ou au thermocautère, et l'on complète ensuite la suture avec le même fil, revenant en surjet sur lui-même.

DELAUNE dissèque et résèque la muqueuse variqueuse et suture la muqueuse saine à la peau comme WITHEHEAD; la dissection peut être poussée si loin qu'il lui est arrivé d'enlever jusqu'à trente et même quatre-vingts centimètres de muqueuse. Cependant il faut éviter de tendre trop cette dernière au moment de la suture, sous peine de voir les fils la couper et la cicatrisation se faire attendre fort longtemps. Les dissections étendues deviennent d'ailleurs des opérations délicates et s'appliquent plutôt aux chutes de la muqueuse rectale qu'aux sim

Il va sans dire que le malade dans la matinée, que l'on dilate ou de pincer les varicosités, qu'il perdue au catgut fin et que l'on laissant le malade constipé pendant quelques jours après l'opération. Chacun peut le faire à sa manière, mais il importe d'obtenir une guérison exacte.

Nous en avons dit assez et je pourrions résumer cet article par une conclusion très chaude; notre but était surtout d'être utile au grand public si populaire, mais si peu physi-

dans le traitement journalier des hémorroïdes; nous conclurons donc en disant :

1° Que l'eau très chaude est le meilleur antiphlogistique des poussées inflammatoires hémorroïdaires.

2° Qu'elle suffit souvent à elle seule à produire l'atrophie de volumineux bourrelets ou tumeurs hémorroïdaires.

3° Qu'elle est le topique le plus actif pour les soins journaliers des hémorroïdes chroniques.

4° Que son emploi doit précéder et suivre les interventions plus radicales, telles que la dilatation, la cautérisation, l'excision ou la résection méthodique et qu'il peut être associé à tous les moyens connus

5° Que l'eau froide doit être complètement abandonnée, même en cas d'hémorragie, dans le traitement des hémorroïdes.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie de Médecine.** — M. BUCQUOY dit avoir traité des tuberculeux par la créosote à haute dose, sans observer d'accidents.

D'après M. CATRIN l'évolution de la tuberculose pulmonaire, dans la région du Nord, est beaucoup plus lente que dans les autres régions.

**Société de Chirurgie.** — M. SCHWARTZ, dans le traitement des hémorroïdes emploie l'ignipuncture combinée ou non avant l'excision.

M. DELBET préconise l'intervention par le bistouri.

M. TILLAUX préfère le thermo-cautère.

**Société médicale des Hôpitaux.** — M. DANLOS a employé avec assez de succès l'acide cacodylique, dans le traitement de certaines dermatoses.

**Société de Biologie.** — MM. BESANÇON et GOUGET étudient l'action comparée de poisons tuberculeux.

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 Juin 1899

Présidence de M. le docteur CARLIER, président.

### Volumineux kyste de l'ovaire

M. Folet rapporte brièvement l'histoire d'une malade entrée dans son service avec un ventre énormément distendu, fluctuant, donnant nettement la sensation de liquide, mais qui n'avait jamais présenté d'œdème des jambes. Son teint étant sub-

ictérique, M. FOLET inclina vers l'opération au bistouri, en faisant pour palper le foie et les dilatax à travers l'ouverture d

Le diagnostic ne fut pas car on se trouva en présence d'une tumeur mineuse, contenant quarante lobes bilobulaires.

L'ablation se fit normale. Le malade est en voie de guérison.

M. FOLET fait remarquer que la pression subie pendant longtemps pas interposé entre la paroi antérieure et la paroi postérieure du kyste, palper après l'opération, avec les organes profonds.

### Pseudo-tumeur

M. Raviart, interne des hôpitaux, a recueilli un cas de pseudo-tumeur de l'estomac cancéreux recueilli à une autopsie faite dans le sein de M. COMBEMALE.

Le sujet, homme de 37 ans, ancien militaire, dans divers services, ne présentait que des symptômes de néoplasme cancéreux. L'opération faite, la lumière du cardia

M. Raviart fait remarquer de l'affection, puisqu'il n'y avait pas de diagnostic a pu être posé; l'opération faite en masse chez les individus de très grande aux organes voisins de généralisations (le diaphragme). Aussi M. RAVIART en fait-il un cas de pseudo-tumeur. VERHAEGHE en a déjà cité un

M. Combemale attire l'attention sur un cas particulier de l'observation. Le malade, à l'entrée du kyste, l'alimentation impossible, on donnait au malade des aliments mentaires. Ceux-ci ne firent que le malade mourir, qui, auparavant, était en bonne santé. L'ingestion alimentaire et les vomissements concomitants à l'entrée du kyste. Il semblait que, par une action sur le kyste, le kyste sécrétait alors et était la conséquence. Les lavages et l'absorption ne se faisait pas, l'opération.

**M. Charmeil** ne croit pas que l'alimentation recats chez les cachectiques n'est plus propre à l'être en quelque sorte. Ils existent dans les cas des aliments, comme il de l'œsophage, par sur l'organisme.

épithéliome généralisé, pourquoi, pour que, les élèves, la muqueuse tte au malade de se se soit saine.

os, qu'il a injecté dans d'un cancéreux, un de jours, et qu'il a une augmentation de

#### de la vésicule

es anatomiques d'une dont la vésicule qui ilculs, était en même ait remarquer qu'on r la lithiase biliaire, ne sachant à quelle lte femme présentait oie présentait de la adaire en masse.

de la calculose rénale, de cet organe. Il a ace d'une pierre dans ation d'une tumeur. continueuse irritation e capable de préparer

qu'un grand nombre iliaires, qu'à partir sque constante et que i vésicule sont rares. idence et ne cherche à effet entre les deux

basée sur la guérison 9 ans, atteint de cata-

**DRANSART** (de Somain), tudie l'évolution de la

fonction visuelle chez un malade opéré d'une cataracte double. Après de multiples expériences, il constata que l'aveugle de naissance, lorsqu'on lui rend la vue, n'a d'abord que la perception lumineuse ou quantitative, tandis que la perception des formes ou perception qualitative ne s'acquiert que peu à peu; qu'il ne peut voir que les objets placés dans un même plan.

**M. Dransart** conclut qu'il peut identifier la genèse des fonctions visuelles de son opéré avec celle des enfants et arrive à dire que ce n'est que par suite d'un travail d'assimilation considérable que nous arrivons à voir les objets tels que nous les apercevons.

#### Des accidents de la constipation chez les nouvelles accouchées, et de l'hyperthermie consécutive.

**M. Oui** entretient la Société de deux accouchées, ayant présenté des élévations de température consécutives à de la constipation.

La première observation a rapport à une jeune femme qui, en 1897, fit une perte à deux mois et demi, présenta consécutivement une métrite hémorrhagique, subit en novembre 1897 un curetage et l'amputation du col. Malgré la dernière intervention, la grossesse fut normale. Le travail de l'accouchement se fit le 17 mars en huit heures, l'enfant était bien constitué; mais M. Oui avait déjà noté à ce moment une rétention d'urine ayant duré quinze jours.

Le 21, les mictions se firent naturellement, l'usage quotidien des lavements amenait tous les jours des selles peu abondantes; toutefois la malade mangeait bien. Mais le matin du septième jour après l'accouchement, la situation s'aggrave un peu, la température s'élève le matin à 37°2 et le pouls bat 92, de plus la malade se plaint de céphalalgie, l'abdomen est légèrement ballonné, sensible à la palpation, rien à redouter toutefois du côté des organes génitaux; le soir, pouls à 120, température

M. Oui hésitait à poser ne redoutait aucune infection ne pratiquait aucune manœuvre ayant empêché les injections coupables d'infections secondaires début d'une affection grippale se développant sur la ville. Toutefois, avaient été journalières cessé. Aussi, M. Oui prescrivait du ricin. Dans la nuit la ma

abondantes et très fétides. Aussitôt la température et le pouls redeviennent normaux, mais une nouvelle rétention d'urine nécessitant le cathétérisme matin et soir dura six jours encore ; puis la malade se rétablit peu à peu et tous les accidents disparurent.

La deuxième observation a trait à une primipare qui accoucha, le 22 avril, après vingt heures de travail. Le 25 avril, troisième jour après l'accouchement, M. OUI ordonne un lavement sans obtenir de véritables selles.

Le 26 et le 27, même tentative infructueuse.

Le 28, la malade se plaignait de douleur dans la fosse iliaque gauche, le long du trajet du colon descendant, M. OUI fait prendre de l'huile de ricin qui provoque deux selles abondantes, et alors la douleur disparaît immédiatement.

Mais le 29 et le 30 avril, malgré de nouveaux lavements on ne parvient pas à provoquer d'évacuation intestinale, le ventre se ballonne, redevient douloureux. Un lavement pratiqué avec un litre d'huile d'olive pure ne donne aucun résultat.

N'ayant pu parvenir à obtenir de selles, le 4 mai M. OUI prescrit 20 grammes de teinture de jalap. Le soir la malade présentait de l'hyperthermie (38°5), diminuant un peu le lendemain matin (38°2). Le 6 mai la température est redevenue normale, mais aucune selle n'a été produite, on pratique de grands lavements d'eau froide. Le bloc fécal fut probablement dissocié, et une abondante évacuation s'en suivit.

Dans ces deux observations, on le voit, la fièvre n'est apparue qu'à cause de la constipation dans le premier cas, et a été provoquée par l'administration d'une purgation irritante dans le second. M. OUI fait remarquer que malgré la fréquence de telles observations, les traités classiques négligent d'en parler. Il est pourtant nécessaire de faire le diagnostic différentiel entre la stercorémie et l'infection puerpérale devant une élévation de température de 38°, surtout lorsque ce fait survient peu de jours après l'accouchement.

Mais dans les cas où il n'a été fait aucune manœuvre sur les organes génitaux, on peut diriger ses recherches vers un autre but et se préoccuper surtout de « l'état intestinal » de la malade.

M. Gaudier fait remarquer qu'après toutes les opérations gynécologiques, il n'est pas rare d'avoir des élévations de température assez élevées vers le quatrième jour. Cependant l'examen de la plaie opératoire

ne démontre aucun d'empatement, pas de tumeur et un simple lavement sans l'élévation thermique.

M. Colle et M. Fole M. GAUDIER et M. COLLE : thermique se produit très

M. Moty croit qu'il l'élévation thermique à destination, qu'à la paralysie l'appui de son assertion le de constipés par abus de lesquels il faut pratiquer le rectum et obtenir par thermique.

M. Combemale, par cher les différents phénomènes. Certaines toxines étant hyperthermiques, toutes coli-bacille, ou les micro-organismes de l'intestin, il fait tout dériver mis à la disposition de ce favorisent la production l'autre espèce.

M. Ausset a eu l'occasion d'affection gastro-intestinale remarqué toutefois, dans les manifestations différentes, tant hyperthermiques, et pour l'opération, caractérisée par les cliniques.

Du choix entre l'opération forcée ou

M. Colle rapporte comment, tout à fait à l'improvise, chez une femme enceinte, appelé auprès d'un diabétique de la jambe, il la femme de celui-ci, femme de huit enfants, la nécessité du membre atteint, lorsqu'il tement, présentant les symptômes monnaie.

Tout en essayant de ranimer la respiration artificielle, les moyens usités en pareil cas l'essence est très avancée, que dans la semaine. La femme

Une seconde considération importante est la répugnance du public pour l'intervention sanglante, tandis qu'il accepte très bien l'accouchement par les voies naturelles, même post-mortem.

TARNIER note une troisième considération très importante. Il y a quelquefois des intérêts tout à fait opposés en jeu, les uns désirant la vie de l'enfant, d'autres préférant qu'il n'existe pas. Pour intervenir par la laparotomie, il faut discuter, obtenir le consentement et perdre un temps précieux. Autrement, par les voies naturelles on peut faire l'accouchement sans que toutefois personne ne puisse rien reprocher à l'opérateur.

**M. OUI** fait ensuite remarquer que l'accouchement forcé n'est pas une intervention difficile, qu'avec un peu d'habitude on peut facilement mener à bien cette opération.

Ici, il distingue deux cas bien différents.

α) Si l'on a un début de travail, une application de forceps suffira amplement, et ce sera toujours facile, l'utérus ne se contractant pas.

β). Mais si l'on se trouve pris à l'improviste, sans forceps, alors il n'y a qu'un moyen : la version podalique.

**M. Carlier** demande si légalement on peut poursuivre le médecin pour n'avoir pas pratiqué la délivrance dans une telle situation.

**M. OUI** déclare que la question ne se pose pas au point de vue légal ; en se plaçant au point de vue religieux, la loi religieuse voulant que tout enfant soit baptisé, nombre de prêtres ont pratiqué l'opération césarienne dans des situations analogues.

**M. OUI**, répondant à **M. Morry** qui demande pourquoi parfois l'accouchement se fait seul dans de telles circonstances, déclare que lorsque l'enfant est expulsé, c'est dans une des dernières contractions de l'agonie ou bien peut-être aussi, l'accumulation de gaz dans l'utérus et amène la mort. Mais il faut reconnaître que ces faits sont encore mal connus aujourd'hui.

---

## NOUVELLES &

---

La Société de Neurologie tiendra sa première séance le 15 juin, en assemblées périodiques, pour l'étude des maladies du système nerveux.

membres titulaires et de membres correspondants nationaux et étrangers, se réunit en séances publiques, le *premier jeudi de chaque mois* (excepté les mois d'août, septembre et octobre), à la *Faculté de médecine, salle des Thèses, n° 2, à neuf heures et demie du matin.*

Des communications et présentations de malades ou de pièces sont faites par les membres de la Société et par des personnes étrangères à la Société annoncées pourvu qu'elles soient huit jours à l'avance au Bureau. La durée de chaque communication ne doit pas excéder un quart d'heure : sa longueur ne peut dépasser une page d'impression.

La *Revue neurologique*, organe officiel de la Société publie le 15 de chaque mois les bulletins des séances.

Le bureau se compose de : MM. JOFFROY, président ; RAYMOND, vice-président ; PIERRE MARIE, secrétaire général ; HENRY MEIGE, secrétaire des séances ; SOUQUES, trésorier.

Les membres titulaires fondateurs sont : MM. ACHARD ; BABINSKI ; BALLEY ; BRISSAUD ; DEJERINE ; DUPRÉ (E.) ; GILLES DE LA TOURETTE ; GOMBAULT ; KLIPPEL ; PARINAUD ; PARMENTIER ; PAUL RICHER.

Le Congrès international réuni à Bruxelles, pour la réglementation de l'entrée de l'alcool en Afrique vient de terminer ses travaux. Il a décidé d'élever de 15 à 70 fr. par hectolitre les droits d'entrée.

Le Parlement allemand a adopté en troisième lecture, le projet de loi concernant l'assurance des ouvriers contre les maladies et les infirmités.

La sous-commission de la conférence de la paix, à la Haye, chargée d'adapter la convention de Genève à la guerre navale, a terminé ses travaux. On y relève l'article suivant :

« Les naufragés, blessés ou malades, qui sont débarqués dans un port neutre, avec le consentement de l'autorité locale, devront être gardés par celle-ci, de manière qu'ils ne puissent pas de nouveau prendre part à la guerre. Les frais d'hospitalisation et d'enterrement, en cas de décès, seront supportés par l'Etat dont relèvent les naufragés, blessés ou malades.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

Jeudi 22 et vendredi 23 juin ont eu lieu à Lille les épreuves écrites du concours pour l'école du service de santé militaire de Lyon.

Étaient candidats, les élèves de notre faculté dont les noms suivent : MM. DESCAMPS, DUPONT, HURIEZ, LEGRAS, L'HÔTE, NATIER, PIRSCH, REVERCHON, VERMIELLEN.

Le sujet de physiologie était : *De l'innervation du cœur et de l'influence du système nerveux sur son fonctionnement et sur la circulation périphérique.*

Le sujet de philosophie : *La société et son droit de punir : quel en est le principe, quelles en sont les atténuations et les limites ?*

— M. le docteur DELÉARDE, agrégé à la faculté de médecine, vient d'être nommé **membre du conseil d'hygiène du département du Nord**. Nous adressons à notre collaborateur toutes nos félicitations pour cette distinction.

— En séance du 8 décembre dernier, l'Assemblée de la Faculté de médecine entendait un rapport très étudié de M. le professeur agrégé DEROIDE, au nom d'une commission composée de feu le professeur LOTAR et de M. le professeur LAMBLING, sur le projet de création d'un doctorat en pharmacie. Adopté avec quelques modifications ou

additions tendant à bien préciser scientifique et nullement professer le règlement proposé fut soumis et devant le Conseil de l'Université vient de renvoyer approuvé le plaisir à mettre sous les yeux de

ARTICLE PREMIER. — Il est créé de l'Université de Lille.

ART. 2. — Les candidats à ce diplôme de pharmacien de 1<sup>re</sup> classe à titre d'étrangers, un certificat galénique et de matière médicale.

Ils seront astreints à une année laquelle ils prendront quatre heures.

Cette année de scolarité ne peut la Faculté de Lille.

ART. 3. — Les candidats acquies d'inscription, de bibliothèque et les étudiants en pharmacie. Ses chefs de travaux, les préparateurs de la Faculté.

ART. 4. — Les candidats, en s'optant entre la physique, la chimie

ART. 5. — Ils subiront, après cet examen comprenant :

1° Une épreuve écrite sur un sujet de physique ou d'histoire naturelle et de licence ès-sciences physiques et naturelles :

2° Une épreuve pratique se rapportant aux applications de la pharmacologie, de la chimie et de l'histoire naturelle :

3° Une épreuve orale, d'une heure, minutes avec chacun des examinateurs.

Les deux premières épreuves sont données par l'un des juges entrants.

ART. 6. — Les pharmaciens de

pour la chimie, des certificats

pour la physique »

pour l'histoire naturelle »

seront dispensés de cet examen néanmoins une quatrième année de Médecine et de Pharmacie et dispensés, mais seulement à la troisième année d'études.

ART. 7. — Les candidats qui ont fait ci-dessus ou qui présenteront les thèses énoncées à l'article 6 soutiendront des recherches personnelles. Cette thèse aura lieu devant un jury.

ART. 8. — Les candidats acquies d'examen et de thèse que les candidats pharmaciens supérieurs.

Nos lecteurs se rappelleront que les Universités de provinces ont des analogues, avec des variantes toutes

## UNIVERSITÉ DE LILLE

Ont été nommés, après concours, la faculté de médecine : MM. PRO







ris au dé-  
ligation de-  
tion, je fus  
tte femme  
nait ? Où  
? Jamais  
er solution  
prise. En  
de délivrer  
firmation,

respiration  
d'envoyer  
ndait à la  
e conduire  
s quelques  
reproches.  
Un simple  
rienne ? Et  
ise brutale  
e de saisir  
., la pensée  
ouchement  
é en pré-  
hirurgien,  
puis, mes  
. Le temps  
ler. Je me  
re. Je me

désirable :  
e aiguille,  
ite. Ainsi  
prochaine  
animée, la  
toutes les  
ttait plus.  
sulter ma  
à dix-huit  
s derniers  
siter. D'un  
r la ligne  
l'ombilic,  
onde inci-  
le utérin.  
embranes  
lé utérine  
oximative  
que le dos  
ation. Cet  
n fœtus à  
l de mort

a mère au  
bsister, je  
. Je l'enve-  
re-gorge ;  
lion artifi-  
idant cinq  
espoir. Je  
in mouve-  
., courage.  
rectes de  
t reprises.  
un grand  
Quelques  
e survint.  
Bientôt le  
fant reve

nait à la vie. Quelques instants plus tard je pouvais l'aban-  
donner aux mains de la sage-femme, qui très intelligem-  
ment m'avait prêté son concours.

Alors seulement je retournai près de la mère ; je ne  
trouvai qu'un peu de sang noir répandu dans le ventre.  
La paroi utérine très peu rétractée était flasque, sans résis-  
tance. Je fis l'extraction du placenta. Un surget rapide  
ferma l'abdomen.

Quand les parents de la pauvre femme commencèrent  
sa derrière toilette, une grosse heure, à peine, s'était  
écoulée depuis mon entrée dans la maison.

Telle est l'observation très fidèle du véritable drame ou  
j'ai dû jouer, au pied levé, le premier rôle.

Les détails m'en ont paru d'un intérêt suffisant pour que  
j'aie voulu les rapporter. Non pas, certes, que j'ai la préten-  
tion de proposer ma conduite en exemple. Au plus pourrais-  
je me réjouir d'avoir réussi sans complications. Mais je  
crois aujourd'hui que j'aurais pu mieux faire. Je ne dois  
pas oublier l'impression d'anxiété qui fut mienne quand la  
nécessité m'apparut d'imposer ma volonté et d'intervenir  
en hâte, au mépris de toutes les objections intéressées qui  
se présentaient à mon esprit.

Je ne puis non plus passer sous silence l'accueil qui me  
fut fait, le soir même, quand je retournai voir le nouveau-  
né. Une femme, la sœur de mon opérée, me dit-on, était  
dans la maison et ne me cacha pas ses impressions hostiles.  
Je dus la dominer pour ne pas me laisser accabler de  
reproches.

Je ne puis davantage omettre les rumeurs de la rue et  
les bruits qui m'en vinrent m'accusant, ou peu s'en faut,  
d'avoir tué la mère.

C'est ainsi qu'il en sera toujours, chaque fois qu'une  
césarienne sera faite dans les conditions où j'ai dû l'entre-  
prendre. « L'horreur de l'opération » comme disent les  
vieux auteurs, cette mutilation hâtive d'un cadavre encore  
chaud blessent l'imagination et révoltent nécessairement  
les consciences ignorantes ou craintives. Passe encore si  
l'événement est prévu, attendu ; si une longue maladie a  
préparé l'entourage. Mais que penser de l'état des esprits  
subitement affolés devant une mort soudaine, violentes,  
forcés d'accepter une intervention qui répugne à leur  
sentimentalité et dont la seule hypothèse leur paraît terri-  
fiante. Que dire encore de la po-  
sition pour le médecin  
sous le couteau. Semblable mép-  
table. On en cite pourtant et j'en  
exemples dans le travail de Thé-  
logie, 1878) et la thèse de CLAVERI  
quelques-uns au hasard.

Voici d'abord Philippe PEU (Pr  
1694) qui nous raconte lui-même

PEU (1). — Je n'ai jamais voulu l

(1) PEU. *La pratique des accouchements*



Il déchira les membranes et sentit la tête de l'enfant qui était bien tournée. L'ayant repoussée, pour avoir la liberté d'introduire la main tout entière, il mit le doigt dans la bouche de l'enfant qui ne donnait plus signe de vie. Ayant remarqué que l'orifice de la matrice était suffisamment ouvert, il retourna l'enfant, le tira par les pieds avec assez de facilité, il le mit entre les mains des femmes qui étaient présentes. Quoiqu'il lui parût mort, il ne laissa pas de les exhorter à lui donner des soins, soit en réchauffant, soit en lui jetant du vin chaud sur le visage et même sur tout le corps. Elles s'y prêtèrent d'autant plus volontiers, que l'enfant leur parut beau. Mais fatiguées d'un travail de trois heures entièrement inutile en apparence, elles se mirent en devoir de l'ensevelir. Comme elles y procédaient, une d'elles s'écria qu'elle lui avait vu ouvrir la bouche. Il n'en fallut pas davantage pour ranimer leur zèle. Le vin, le vinaigre, l'eau de la reine de Hongrie furent employés, et l'enfant donna sensiblement des signes de vie: on fut, sur le champ, avertir M. RIGAUX, qui était allé dîner chez le curé du village. Il vint tout de suite et connut par lui-même la vérité du rapport. En moins d'un quart d'heure après son arrivée, l'enfant pleura avec autant de force que s'il était né heureusement.

M. RIGAUX voulut voir la mère une seconde fois: on l'avait ensevelie et même bouchée. Il fit enlever tout l'appareil funèbre, examina la femme avec toute son attention et la jugea morte comme après le premier examen.

Il fut cependant surpris que, quoiqu'elle fût morte depuis près de sept heures, ses bras et ses jambes fussent restés flexibles. Il avait de l'esprit volatil de sel ammoniac, il en fit usage, mais inutilement. En conséquence, il repartit pour Douai, après avoir recommandé aux femmes présentes de ne point ensevelir la morte, que les bras et les jambes n'eussent perdu leur flexibilité, de lui frapper de temps en temps dans les mains, de lui froter le nez, les yeux et le visage avec du vinaigre et de l'eau de la reine de Hongrie, et de la laisser dans son lit. Il partit de Lewarde à une heure après-midi. A cinq heures du soir, le beau frère de la femme vint lui dire que la morte était ressuscitée à trois heures et demie. Nous laissons à pe user au lecteur s'il fut étonné et si ce fut avec raison. L'enfant et la mère reprirent si bien des forces qu'il sont tous deux pleins de vie (10 août 1748), et l'on dirait même que tous deux se portent fort bien, si la mère n'était pas restée paralytique, sourde et presque muette; au reste, c'est en être quitte à bon marché.

Ne serait il pas difficile de rien ajouter à la saveur de cet étonnant récit ?

Mais l'accouchement force est il vraiment toujours si facile qu'il puisse se faire en quelques minutes et permettre ainsi la survie de l'enfant ? Ne diminue-t il pas sensiblement les chances de celui-ci ? question répondre : non, résolu cet égard sont très démonstratif rien est plus rapide. Mais, doute, sans perdre le peu d'instrument forcé. Pour ma part quart d'heure avant d'oser reproches ne me serais je pas survécu ? Qui m'eut empêché champ, si j'avais songé d'en voies naturelles ? Celle-ci, observations si concluantes de Trévi simple. Audebert, de Bordeaux



mineux. Empâ-  
ais état général.  
sements quoti-  
l'empâtement  
rend de l'huile  
cuillerées par  
état général est  
réduite à une  
volume d'une

ttement scrofu-  
tissu adipeux  
. Pas de lésion  
ssus. Odeur du  
id de l'huile de  
ées par jour. —  
race de suppu-  
néral excellent.  
ayant déjà subi  
nique, dur, gros  
des deux épidi-  
Sommet droit  
nes neurasthé-  
d'arséniate de  
is six cuillerées

tion de poids =  
. État local : des  
manque de sou-  
ement resorbés.  
la lecture de ces  
e la méthode.  
sur la méthode  
re de l'huile de

emble, pleine de

ie de morue était  
nt qui devait ses  
t principalement  
er en assez forte  
que l'iode ne se  
nitésimale quan-  
ui seul, suffit à  
« L'huile de foie  
ne connaît plus,  
morue aliment ».   
nent et n'est que

cela, n'est-il pas illogique de l'absorber en dehors de toute alimentation et n'est-il pas, au contraire, rationnel de la mêler aux autres aliments d'usage courant?

Introduite dans un estomac vide, elle ne peut, en raison de sa nature huileuse, qu'effectuer sur la muqueuse stomacale une sorte de badigeonnage qui obstrue l'orifice des glandes digestives, entrave la sécrétion de celles-ci, et partout, anéantit la sensation de faim. Perte d'appétit, dégoût de toute alimentation, voilà ce dont se plaignent tous les malades victimes de ce mode d'administration de l'huile de foie de morue. Et ces malades sont justement des tuberculeux le plus souvent, c'est-à-dire des individus dont la suralimentation est la plus réelle garantie de guérison!

Introduite dans l'estomac avec les aliments, cette huile diminue à un moindre degré la sensation de faim, car le brassage stomacal se charge d'obvier aux inconvénients de sa nature oléagineuse.

Pour ceux-là donc que leurs occupations appellent hors de chez eux aussitôt après le repas, l'absorption de l'huile à la fin du repas est le mode d'administration idéal. Jamais nous n'avons vu de nausées pénibles, de vomissements ou de coliques se produire dans ces conditions, et nous nous vanterons même d'avoir ainsi réconcilié bien des malades avec une substance qu'ils avaient prise en profonde horreur.

Aux personnes que leurs travaux retiennent dans leur intérieur, nous conseillons de prendre l'huile une heure après les repas. A cette période de la digestion, les sucs stomacaux sont déjà sécrétés en abondance et les aliments fortement attaqués par eux.

Si l'huile, introduite dans l'estomac, conserve toujours quelques chances de diminuer la production de ceux-là et la digestibilité de ceux-ci, au moins ces chances sont-elles, à ce moment, notablement diminuées. En outre, la réplétion stomacale et le broyage des aliments sont encore s

l'huile de peser sur l'estomac  
tard ; la déplétion de l'orga

Enfin, introduite ainsi u  
l'huile n'encourt plus autan  
fait de gêner, dans le duod  
créatique ! Elle ne parvient  
que cette dernière est suffisa

Voici donc établis les deux  
these : l'huile de foie de moru  
elle sera prise après les repa.



pas de nos prémisses. C'est un produit destiné à dans tous les cas où la au premier rang des l'on veut retirer de son en droit d'en attendre, n administration une scientifique. Nous ne avoir découvert cette s pas à considérer celle comme étant la plus accès.

## VIQUES

Cours d'une attaque de rhumatisme aigu  
des hôpitaux.

Le malade, exerçant la profession de père de plusieurs enfants, le 27 avril 1899, souffrait de rhumatismes, dont le début

est héréditaire à signaler et qui ne va pas bien.

Le malade jusqu'à l'âge de 40 ans n'a eu aucune attaque de rhumatisme et au lit pendant quatre jours ; plus tard, il eut une attaque le même temps, mais qui ne fut pas complète.

Le malade se plaignait de douleurs articulaires, mais cela ne l'empêchait pas de continuer à ses occupations. Il restait bon et l'intestin fonctionnait pendant le 26 avril, les douleurs articulaires décidèrent l'admission à l'hôpital de la

Leurs urines sont décolorées, mais le reste est normal. Hier, les articulations sont douloureuses, mais la fièvre est locale et la douleur est localisée ; la douleur est localisée et le moindre mouvement des articulations métacarpiennes est pris. Le genou gonflé et il y a même un œdème.

Le sixième espace intercostal reçoit un léger frémissement et un souffle presystolique du second temps.

Les urines sont rares et très colorées, mais ne contiennent pas d'albumine ; comme traitement on pratique le badigeonnage des articulations atteintes avec du salicylate de méthyle, accompagné d'un enveloppement ouaté. Le 30 avril, les articulations du poignet droit, des doigts de la main droite et du cou-de-pied gauche sont également prises.

La maladie suivait son cours et on pratiquait toujours les badigeonnages au salicylate de méthyle, quand le 5 mai, comme nous allions ausculter notre malade, nous fûmes tous étonnés de voir au niveau du thorax une éruption particulière, cette éruption avait envahi également toute la partie supérieure de l'abdomen, la partie externe des fosses iliaques et des cuisses s'était propagée jusque dans le dos qu'elle couvrait entièrement.

Cette éruption revêt deux formes particulières : ici ce sont des taches d'un rouge vif, de dimension variant d'une tête d'épingle à une pièce de cinquante centimes, légèrement papuleuses ; là ce sont des plaques circinées, dont le centre gris jaunâtre est entouré d'un cercle irrégulier d'un rouge vif, de 2 à 3 millimètres de large et légèrement papuleux. Ces dernières sont beaucoup plus grandes que les premières, et à certains endroits elles empiètent les unes sur les autres, revêtant des formes en cocarde ou polycycliques. Cette seconde forme est évidemment à un stade plus avancé.

Il faut noter que cette éruption était apparue absolument à l'insu du malade, sans fièvre, sans prurit aucun.

Nous aurions voulu faire la recherche dans le sang du microbe du rhumatisme articulaire décrit par ACHALME et THIROLOIX, mais notre malade, pusillanime, s'oppose à ce qu'on lui prit un peu de sang et sortit même de l'hôpital.

Cette observation est intéressante à un double point de vue :

D'abord, cet érythème polymorphe n'est pas resté dans le type clinique habituel des érythèmes du rhumatisme ; en effet, c'est généralement au niveau des poignets, de la face dorsale de la main et des doigts, des coudes et des genoux que l'on remarque cette éruption. Ici elle a pour ainsi dire gagné tout le corps, sauf les parties que nous venons de citer. Peut-être faut-il voir là une action protectrice du salicylate de méthyle qui était justement appliqué quotidiennement au niveau de ces articulations ; cette localisation vient à l'appui de l'hypothèse d'une éruption due au salicylate de méthyle.

En second lieu, cette éruption n'était donc point primitive d'un rhumatisme articulaire ; n'était pas elle-même la cause d'un érythème surajouté au rhumatisme de même nature que lui. (





er justement le *Petit Temps*, mesure de cette diminution, incorporés malgré leur constituant aucun service à l'armée et de dépenses en pensions de . qui cette année, dans la int un chiffre considérable.

### Thénelles.

re dormeuse de Thénelles, st entrée lundi dans la dix- le plus curieux exemple de t. u'elle s'endormit tout à coup, s, elle dort sans s'être jamais ). Actuellement, âgée de 35 squelettique, d'une pâleur u-dessus de 80. Couchée, les en l'air si on l'élève et qu'on sibles sur toute la surface du uelques lavements nutritifs. st certainement Marguerite meil — sans s'en douter, par

## SSIONNELS

### réclamer le paiement raires ?

avril dernier, a rapporté un 1898, par lequel le tribunal ion pour l'hypothèse spéciale . Le tribunal a décidé que le payer ses honoraires par le . — peut-être certains de nos arqué, — une solution d'es is circonstances particulières e, et il faudrait se garder de sion, que, conformément au *édical*, « l'intermédiaire qui médecin auprès d'un malade int obligé personnellement, nt des honoraires qui seront lecin ». Ce sera vrai souvent, ession nécessite, en effet, de ; elle est, d'autre part, d'un les médecins : double consi- que nous avons eu de traiter général, et justifiera la lon- rsion que nous invitons nos rain exclusivement juridique. lte des plus autorisés. Nous us permette pas de le leur nnelle. Mais du moins pou- re nul n'était mieux qualifié collaborateur pour proposer , celles qui ont le plus de tribunaux. J. JACQUEY.

En principe, les honoraires d'un médecin sont dus par la personne qui en profite, par le malade qui a reçu les soins méritant rémunération. C'est ce malade qui, toujours, reste le débiteur principal des honoraires dus. Mais parfois le tiers qui appelle un médecin peut aussi être tenu de leur paiement.

Ainsi, par exemple, le mari qui demande à un médecin de soigner sa femme est tenu de payer les honoraires. Il en est ainsi même sous le régime de la séparation de biens : ces honoraires sont une charge du ménage ; et d'ailleurs, le mari en serait tenu en vertu du devoir d'assistance que lui impose l'art. 212 C. civ. Sous les autres régimes, le mari en est tenu, en outre, comme chef de la communauté, obligé d'acquitter les dettes de sa femme, art. 1409, § 2 et 2, C. civ. Tribunal civil de la Seine, 16 décembre 1893 (*Revue des justices de paix*, 1895, III, 145).

De même le père, qui fait soigner son enfant malade, remplit l'obligation alimentaire qui lui incombe de droit naturel, et en vertu de l'art. 203 C. civ. Même si l'enfant, mineur de 18 ans, possède des biens personnels, le médecin ne peut agir que contre le père, parce que c'est le père qui a l'usufruit légal de ces biens, et que l'usufruit légal doit assurer à l'enfant, sans aucun recours, tous les soins qui lui sont nécessaires, même ceux de dernière maladie, comme le dit expressément l'article 385 du Code civil.

Le tiers qui fait appeler un médecin peut encore être débiteur personnel des honoraires, lorsqu'il s'y est formellement engagé. Il y a alors un cautionnement dans les termes de l'article 2011 Code civil, cautionnement qui est parfaitement valable.

En opposition à ces hypothèses, on peut en prévoir d'autres où le tiers appelle un médecin sans contracter vis-à-vis de lui la moindre obligation.

Ainsi, le domestique, qui va demander un médecin pour son maître malade, ne prend évidemment aucun engagement d'assurer le paiement des honoraires. Et cette dispense d'engagement ne tient pas à l service, mais vient uniquement de la situation du tiers ; aussi s'étendrait-elle au voisin qui rendrait le même service, au dataire obligé le mandant en même, article 1997 du Code c

*A priori* il est parfois d. lesquels le médecin pourra d raires au tiers qui l'a app circonstances de fait, et ve malade, le tiers remplit u pourquoi la jurisprudence dé les honoraires peuvent être pris l'initiative de l'appel d circonstances que ce tiers a guérison du malade, et qu'i rémunérer le médecin. Cass., Justices de paix de Paris, 2 novembre 1895 (*Revue des . 268*).

Le maître, par exemple, n' des dépenses pour assurer à







« il semble qu'on  
s cheveux malades  
e saisis avec les  
r par pincées très  
ue dans la teigne  
ues sont grandes

d les teignes ton-  
es par la présence  
nt être recouvertes  
s plaques sont très  
que le cuir chevelu  
pytiriasis, et de

une grande variété  
plus éloignées du  
ntermédiaire entre  
groupe des teignes

les teignes faveuses  
ant leur longueur,  
sur une distance  
selon l'importance  
linaire implantés à  
pace, appelée godet  
es du favus.

tifs des différents  
lans une étude plus  
sses, je veux vous  
en projetant sous

#### DIVERSES TEIGNES ADES (1).

ux engainés d'une  
être environ, poly-  
sans aucun ordre  
u d'une manchette

— Chaînes de spores  
sées parallèlement  
remplissant tout le  
sur 6  $\mu$  de long. Leur  
t la caractéristique  
).

des préparations, que  
s, M. SABOURAUD donnait  
signes dans les cheveux  
(note de la Rédaction).

*Teigne trichophytique animale.* — La forme du para-  
site est la même chaîne de spores articulées en forme  
de ruban de ténia, mais existant à la fois dans le  
cheveu et hors de lui (Ectothrix) et lui formant comme  
un fourreau dans toute sa partie intra-folliculaire.

*Favus.* — Le cheveu favique présente le parasite  
sous deux formes : une forme non sporulée de filaments  
dirigés suivant l'axe du cheveux et se subdivisant  
dichotomiquement. Une forme sporulée, comprenant  
des filaments grêles et gros dans le même cheveu, spo-  
rulés par places et se divisant par tri et tétratomie en  
donnant naissance à de petits bouquets de filaments  
divergents connus sous le nom de *tarses faviques*. Le  
polymorphisme de ce parasite dans le cheveu est une  
de ses meilleures caractéristiques, opposé surtout au  
monomorphisme de chacune des autres teignes.

La *teigne tondante à petites spores* est une affection de  
l'enfance, comme un grand nombre des affections  
cryptogamiques. Il est probable, en effet que ces para-  
sites demandent pour vivre un certain nombre d'acides  
gras qui ne peuvent leur être fournis que par le sébum  
de l'enfant ; en effet, au moment où la sexualité se diffé-  
rencie, il se produit de grands changements dans la  
nature des acides gras du sébum et conséquemment il  
est tout à fait exceptionnel de  
tondante à petites spores chez

Les causes générales de con-  
cité sous toutes ses formes et  
dité permettant aux lésions de

Quand on veut faire des ex-  
de teignes à petites spores, on  
de potasse à trente grammes  
d'eau, cette solution étant s  
pour dissoudre la cuticule du  
parasite. On peut faire ce trava  
sur une lame une goutte de  
ensuite une parcelle du che  
moyen de préparer demande  
d'attente. Il est plus pratique  
portant presque à l'ébullition  
en refroidissant ensuite brusq  
les deux cas on peut examin  
coloration. Mais il est nécessa  
rablement le nombre des rayon  
apercevoir le parasite, car l'ex  
par diffraction sur les prepara  
ce qu'on obtient en employa  
étroit. En effet, le parasite et la



e et dispa-  
ir à saisir  
n'est-il pas  
éveloppent  
existence  
es qu'acci-

difficile à  
les précé-  
rocédés de  
en le plus  
per la sur-  
artie décor-  
discussions  
loin d'être  
ingué trois  
in, le favus  
t, je ne suis  
ce favique  
convaincu  
ne soit pas  
crit à juste  
Messieurs,  
restreinte,  
t de trans-  
l'homme.

nes se font  
éférence de  
oculations  
L'animal à  
est à noter  
s'inoculent  
par contre  
réussir est  
ner ensuite  
aussi faire

moi-même :  
c une allu-  
ne et c'est  
nt, que par  
de PRAVAZ,  
lyctène est  
cle tricho-

it dire que  
e genre de

fructification, et qu'ils ne sont tous que des formes larvées d'un champignon supérieur. Il semble qu'il s'agisse dans ce cas de la famille des gymniascées (MATRUCHOT).

Le **traitement** des teignes est une question très importante à tous les points de vue, et il a une très grande importance au point de vue de l'hygiène. Il ne faut pas le cacher, ce traitement est difficile et donne lieu à bien des déboires, à cause de la structure même du cheveu. Le follicule pileux est, en effet, profondément enfoncé dans le derme et le parasite s'est étendu jusqu'à sa racine. Comment parvenir à l'atteindre dans son refuge ? Toute l'antisepsie est impuissante. On ne peut parvenir, au moyen de lotion antiseptiques, à pénétrer jusqu'à la racine du poil. On n'y parvient jamais, ni avec les solutions liquides, ni même avec les gaz. On a donc dû essayer d'obtenir la guérison par un procédé de stérilisation discontinue, qui est l'épilation répétée de la région malade. Ce procédé est long, mais il est certain. Dans le favus il est rare, en effet, qu'on n'arrive pas à se débarrasser du parasite en six mois.

Mais parfois l'épilation n'est pas possible. C'est quand le cheveu est cassant, et il l'est dans les deux teignes tondantes ; on ne peut alors espérer l'extirper complètement. Aussi, dans ce cas, a-t-on eu recours aux applications répétées d'huile de croton. Vous savez, sans doute, que les applications d'huile de croton amenant la production de petits abcès folliculaires, ceux-ci expulsent le cheveu en entier ; mais il est à noter, ce qui est un grand défaut de cette méthode, c'est que si on prouve que la suppuration trop intense, jamais. Or, il ne faut pas oublier que les otomycoses sont des parasites de la peau. Lorsque survient la sexualité, à l'âge de quinze ans, on peut guérir l'affection. Toutefois, pour arriver à guérir, on user de ce procédé, en en éliminant les croton et celles d'émollients humides) et en huit à dix jours on obtient la guérison des teignes tondantes.

On a cherché d'autres méthodes, mais on se basant sur le fait que dans les teignes tondantes la chute complète des poils est obtenue par de longues recherches sur la

microbes qui sur la surface peladique sont constants. Cette toxine peladique provoque bien des dépilations, mais non au point d'inoculation ; ce procédé est donc pour le moment présent non maniable et inapplicable en pratique.

Les teignes soulèvent un gros problème d'hygiène publique ; permettez-moi de vous faire remarquer qu'à Paris, nous avons une moyenne de 8 à 9.000 cas de teignes, presque tous de teigne tondante. Ces enfants contaminent facilement leurs petits camarades et vous voyez comment dans une école, la seule présence d'un teigneux est dangereuse. Elle est d'autant plus dangereuse, que ces épidémies sont nombreuses et que la maladie est de longue durée, contagieuse autant qu'elle dure. Vous voyez donc toute la gravité du problème, et les immenses frais qu'occasionnerait une lutte contre les teignes. Ce serait d'autant plus long et d'autant plus difficile que l'affection peut évoluer deux ou trois mois sans que le médecin non prévenu puisse s'en apercevoir, et combien d'enfants ne seront pas contaminés durant ce temps ! Aussi quand vous serez en présence d'un teigneux, ne vous hâtez jamais de conclure à sa guérison et à sa non contagion.

Sous le nom générique de *pelade*, on a généralement coutume de ranger toutes les alopecies de l'enfance ; et pourtant la pelade n'est pas une affection aussi fréquente qu'on le dit généralement. Jamais je n'ai vu une seule épidémie de pelade et je n'ai pu observer que deux ou trois cas de contagion avérée sur cinq à six mille malades. Cette affection est donc véritablement peu contagieuse. Dans les écoles, en général, il n'y a pas d'épidémies de pelade et les épidémies décorées de ce nom ne sont que de simples épidémies d'impetigo ; car il est à noter que cinq ou six semaines après l'impetigo, l'alopecie apparaît dans tous les endroits atteints par l'impetigo. L'impetigo a pu passer inaperçu, tandis qu'on ne peut pas ne pas voir les plaques alopeciques qu'il laisse souvent après lui.

Il faut diviser les pelades en deux types cliniques très différents ; l'une a été décrite par CELSE et doit porter son nom. Elle débute par l'occiput, suit exactement les contours de la tête et dure en moyenne dix-huit mois ; plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, elle ne présente jamais de contagion et guérit souvent toute seule aux approches de la puberté. Sur

cette forme de pelade le n'ont donné aucun résultat que c'est une affection héréditaire dans trois cas.

L'autre pelade, étudiée par la présence de cheveux, d'un poli et d'un lustré, tandis que sur le pourtour des cheveux, autant qu'il y a de cheveux, autant qu'il y a de pelade.

Cette pelade-là, Messieurs, Elle ne l'est pas souvent l'être. Quand on regarde déglabrée par elle, on voit des glandes séborrhéiques présentent l'aspect sur le nez des séborrhées, en déprimant l'orifice glandulaire un peu de la séborrhée. En l'absence de la séborrhée, on peut mettre en évidence que les glandes qui ne sont pas exclues de la séborrhée à elle et à la séborrhée. C'est une semblable infection placards mais diffuse, coque, dès l'âge de six ans, contagieuse présente toutes les complications rhéumatismales.

Il reste à savoir si la séborrhéique est primitivement n'a pu faire d'inoculation ce côté ont été trop peu affirmé d'une façon absolue de la pelade est le même gras ; je le crois sans doute.

En ce qui concerne la contagion, les écoles on peut dire qu'elle est chez l'enfant une affaire d'hygiène et de propreté mais il est superflu de l'insister.

Les traitements anti-pelade qui agissent dans la pelade de CELSE, les irritants de CELSE, et un traitement donnent de bons résultats de prescrire la vieille pommade au précipité jaune dont

Huile de cade.  
Excipient gras  
Précipité jaune



ns avec des applications,  
de BAREMAN, irritantes

### quelques cas pseudo-parasitisme chez l'homme

J. Verdun,  
Médecin de médecine de Lille.

lérer comme parasites de  
isés, « animaux ou végé-  
ne partie ou la totalité de  
ent, et se nourrissent à  
ne présentent pas ces  
groupe des *pseudo-para-*  
véritable capharnaüm »  
s'offrant à nous sous les  
rencontrés chez l'homme  
diverses.

bre comme tels, des corps  
des méprises grossières,  
e ressemblance plus ou  
sites connus. MONGRAND,  
nom de *Filaria zebra* un  
LI, sous celui de *Physis*  
eau ; un troisième auteur  
*striatule* une nervure de  
s parmi les pseudo-para-  
énérescence cellulaires,  
meurs et offrant vague-  
cellulaires ; les animaux  
e d'une façon tout à fait  
on seulement de s'y déve-

ut encore placer dans ce  
malades trouvent dans les  
avoir rejetées avec les  
e toute autre manière. Il  
rmations qu'avec la plus  
blir que les cas de simu-  
t assez fréquents chez les  
s névroses, tels que les  
éniques.

ecueilli dans ces derniers  
d'observations, suffisam-  
e nous jugions utile de les  
vont nous montrer quel-

ques-uns des aspects sous lesquels peut se présenter  
le pseudo-parasitisme.

OBSERVATION I. — En juin 1897, un de nos confrères  
est appelé auprès d'une fillette d'une douzaine  
d'années qui se plaignait de douleurs d'entrailles  
violentes. Il fait administrer un purgatif et le lende-  
main la mère lui présente une espèce de ver qu'elle  
avait trouvé dans le vase où l'enfant était allée à la  
selle. L'animal est soumis à notre examen et nous  
reconnaissons de suite une larve d'*Eristalix arbus-*  
*torum*, larves caractérisées par le prolongement de  
leur extrémité postérieure. Elles sont désignées com-  
munément sous le nom de *fers à queue de rat* et  
vivent dans les matières en voie de putréfaction. Le  
fait était intéressant, car jusqu'ici il n'existe qu'une  
seule observation de myase intestinale due à l'*Eris-*  
*talix*. Les douleurs persistant, nous conseillons au  
médecin de donner un autre purgatif ; mais ce dernier  
ne produisit aucun résultat, nous nous sommes alors  
demandé, si l'animal que l'on nous a présenté prove-  
nait bien de l'intestin, ou s'il n'avait pas été introduit  
accidentellement dans le vase. N'ayant pu obtenir des  
renseignements complémentaires nous penchons pour  
la deuxième hypothèse, et nous considérons cette  
observation comme un cas de pseudo-parasitisme.

OBSERVATION II. — Un de nos confrères des envi-  
rons de Lille nous faisait parvenir dernièrement un  
animal qu'un de ses malades venait d'expulser. Celui-  
ci l'avait découvert en examinant ses fèces et assez  
inquiet, s'était hâté d'apporter la « petite bête » à son  
médecin. Après un examen rapide, nous reconnais-  
sons un échantillon parfaitement intact du *Cloporte*  
des murailles (*Onisius asellus*), espèce très voisine du  
*cloporte* des caves, appartenant tous les deux au  
groupe des crustacés. Comme il n'existe aucune obser-  
vation de parasitisme vrai dû à des animaux de cette  
classe, nous nous sommes empressé de demander des  
détails complémentaires à notre confrère et c'est le  
malade lui-même qui est venu nous les apporter. Dès  
les premiers mots notre conviction était faite : nous  
étions en présence d'un individu jouissant d'une  
bonne santé, mais névropathe accompli. Il nous  
raconte alors, avec force détails, que sa maladie  
remontait à deux ans, avait débuté par des dou-  
leurs dans les jambes, un  
etc...

Dans ces derniers temps  
jours la même, il pensa qu  
vers et sous l'influence de  
dant plusieurs jours consé-  
santonine. C'est sur ces ei  
parasite. Bien entendu, dep  
ont disparu, l'appétit est  
ordre, le malade se croit c

Nous devons certainement  
parmi les faits de pseudo-  
pu se développer dans l'int  
avec les aliments, feuilles c  
grâce à sa carapace chitin  
des sucs digestifs. Il a simpl

l'intestin, et cela nous explique l'état de conservation relatif dans lequel il se trouvait.

Dans notre interrogatoire, nous n'avons pu relever dans l'état de la personne, aucun symptôme, ni aucun trouble qui pût lui être imputable.

**OBSERVATION III.** — Cette dernière observation est assez intéressante, car le côté scientifique mis à part, il s'y rattache une question d'hygiène publique.

L'un de nos collègues nous a adressé ces jours derniers, trois petites larves d'insectes, qu'il avait trouvées dans le gargarisme dont il faisait usage et nous demandait, si ces animaux s'étaient développés dans sa gorge, car il était fortement enrhumé, ou bien s'ils provenaient de l'eau prise au robinet.

Les trois larves dont il est question, parfaitement vivantes, étaient longues de cinq à six millimètres environ sur un quart de millimètre de largeur. Leur détermination exacte ne peut être faite qu'à l'aide de l'insecte adulte, mais malheureusement nous n'avons pas réussi à les élever.

Quoi qu'il en soit, elles se rapprochent beaucoup des larves de *Psychodes* ou de *Dixa*, formes voisines de nos *Chironomides* dont la forme larvaire est représentée par les petits vers rouges de la vase, si fréquemment employés par les pêcheurs. Les *Psychodes* et les *Chironomides*, sont à leur tour proches parents des *Cuticidés*, famille qui renferme le genre *Culer*, vulgairement appelé moustique. Les larves de tous ces diptères se développent dans l'eau et par conséquent nous pouvons affirmer que celles qui ont été soumises à notre examen ne proviennent pas de la gorge de notre collègue, mais de l'eau de la ville. C'est en somme une espèce de plus à ajouter à la faune déjà si riche de l'EAU POTABLE de la ville de Lille.

## FAITS CLINIQUES

### Eruption scarlatiniforme

#### due aux streptocoque et diplocoque associés

par MM. le professeur Combemale, et Vrasse, externe de service.

Sal..., Julienne, servante, âgée de 29 ans, entre le 27 avril dans le service de M. le professeur COMBEMALE; sa marrresse l'amène parce que son médecin craint qu'il ne s'agisse de scarlatine, en raison de l'éruption et de l'angine avec fièvre que présente la malade.

Issue de père et mère bien portants, la neuvième de seize frères et sœurs, dont dix sont morts, elle ignore de quoi, et six bien portants, la patiente n'a pas d'antécédents personnels. Réglée à treize ans et demi, toujours régulièrement depuis, elle a eu à 28 ans un enfant, venu à terme, d'accouchement normal, en bonne santé actuellement.

Elle était nourrice sèche depuis quelques mois chez ses patrons, quand ses règles à peine terminées le lundi 24 avril, dans la matinée, elle ressentit aux jambes des picotements; rabattant ses bas, elle vit

alors sur toute la jambe gauche une éruption des espaces de peau chaude, mais ni de l'induration, ni de l'œdème, le lendemain mardi, le tronc fut respecté le dimanche soir, céphalée, de frisson d'anorexie; toutefois diarrhée, ne firent à noter cependant légères. Tous ces phénomènes suivants, la gorge l'amènèrent à l'hôpital.

A son entrée, elle avait des plaques rouges de la taille d'une pièce de 0,50 centimètre, respectant aucune accentuées sur les articulations, provoquant ni douleur.

A l'examen de la gorge, ni difficulté de la déglutition, de la rougeur, les amygdales sont rouges, volumineuses et l'écoulement est saburral, est rongé par des toux, non fébriles. La céphalée, les urines des 24 heures, analyse sommaire, température prise le 27 avril, dans la nuit, 39°4.

Isolée dès son entrée, la malade est relativement bonne.

Le 28 avril, au matin, l'éruption est flottante. Celui de la gorge est d'érythème scarlatineux. La nature n'en est pas douteuse. L'éruption médicale et les symptômes sont maintenant maintenus. La température, sont recomposées, la température atteignant 39°4.

Le 29 avril, au matin, dans le diagnostic d'autant que l'éruption est dans la veine du cou, la culture microbienne;

Le 30 avril, apyrétique, presque plus de rougeur, les éruptions se sont effacées. Le traitement de la malade demandant la cessation du reste l'isolement.

Le 1<sup>er</sup> mai, apyrétique, que l'ensemencement et quelques streptocoques moins en moins même aux jambes amélioré.

Le 4 mai, la malade éprouve à divers moments, 10 heures du mati

ne peut parve-  
nir le soir ne

at, on ausculte  
le bas-ventre  
le frissons, de

nt, sans fièvre

èvre le matin.  
douloureuse à la

natin 39°. La  
de la rougeur  
pique montre  
is à la liqueur  
lendemain et  
de à 38°, 37°6  
annihilée; les  
précaution ce  
litté l'hôpital,  
ais vu de des-  
oit de sa peau.

issait d'abord,  
ption scarlati-  
étaient et le  
ue l'a montré  
à elle seule.  
ctions, a-t-elle  
ons l'affirmer.  
taines strepto-  
utanées, nous  
ces éruptions,  
ctieux, comme  
n sera utilisée  
ations micro-  
elle serait très

est la constan-  
disparu, que  
lus longtemps  
nt, qui a fait le  
plocoque, et a  
al En déduire  
était le plus  
ion excessive.

savantes

M. BORDIER et  
st dû au moins

**Académie de Médecine.** — M. LANCEREAUX.  
L'aortite en plaques est d'origine paludique.

**Société de Chirurgie.** — La discussion con-  
tinue avec le traitement opératoire des hémorrhoides.

L'opération de WHITEHEAD n'a que de rares indi-  
cations.

**Société médicale des Hôpitaux.** -- M. BAR-  
BIER a observé des habitudes alcooliques chez 98 %  
de tuberculeux qu'il a pu suivre dans son service.

**Société de Biologie.** — MM. LÉPINE et LYONNET  
ont pu produire expérimentalement la bronchopneu-  
monie typhique chez le chien.

\*\*\*

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 7 Juillet 1899

Présidence de M. le docteur CARLIER, président.

### Résultats d'une amputation du pied par le procédé Pasquier-Lefort

M. Carlier présente un malade chez lequel il a  
pratiqué, il y a dix-huit mois, une amputation du pied  
par le procédé PASQUIER-LEFORT. Souvent, avant de  
procéder à cette ablation, on se demande comment le  
malade pourra marcher. Il est toutefois de règle de  
laisser la peau du talon pour servir de moignon.

Le malade, après l'opération, a eu une petite ulcéra-  
tion de la cicatrice. Toutefois maintenant, il a un moi-  
gnon excellent et présente sur presque tous les points  
une ligne cicatricielle par première intention; par  
contre, au niveau du passage du drain, la plaie ne  
s'est réunie que par seconde intention. Le malade  
marche bien, en corrigeant toutefois, par une chaus-  
sure appropriée, un raccourcissement de 3<sup>cm</sup>5.

Il est à noter qu'il n'y a aucune atrophie musculaire  
des gastro-cnémieux.

### Carcinome papillaire

M. Potel présente, au no-  
sien, un carcinome papillaire  
une tête d'enfant.

Cette tumeur a été enlevée  
65 ans. La malade avait pr-  
mois une ascite assez considé-  
ment notable. La tumeur fut  
un prolongement s'enfonçant  
Au centre de la tumeur, on vit  
brable de papilles plus ou mo

volume varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf.

#### Kyste de l'ovaire à soupape

**M. Potel** présente un kyste de l'ovaire, colloïde, dont la paroi présente une ouverture ronde de six millimètres de diamètre, par laquelle, dans certaines circonstances, le liquide faisait irruption dans le péritoine. A la partie interne du kyste on trouve, en effet, au niveau de l'ouverture, un petit kyste, gros comme un œuf de pigeon et venant oblitérer par pression l'orifice.

Quand la pression augmentait, la paroi se distendait, et, refoulant le petit kyste, le liquide se déversait dans le péritoine. La malade n'a jamais présenté aucun trouble bien spécial, bien que son péritoine contint environ 8 litres de liquide kystique.

**M. Colle** a pour ainsi dire assisté à la rupture d'un kyste de l'ovaire dans l'abdomen, et il déclare que l'aspect de la malade fut tout autre après la rupture qu'avant. Dans le cas qu'il rapporte, la rupture est survenue pendant les préparatifs de l'opération. Après incision de la paroi, on a trouvé dans l'abdomen tout le liquide kystique mélangé à de l'ascite et dans le ligament large, la paroi seule du kyste. Dans le cas de **M. Potel**, il devait se présenter des moments où l'aspect du ventre n'était pas celui d'un kyste.

**M. Lambret** compare le kyste avec ouverture à soupape de **M. Potel**, au kyste tubo-ovarien dont l'orifice utérin existe encore.

Dans ce dernier cas aussi, ce n'est que lorsque la pression intra-kystique devient trop considérable que le liquide kystique s'écoule dans l'utérus ; ainsi s'explique le peu de développement qu'acquièrent les kystes tubo-ovariens, et les kystes à soupape.

**M. Carlier** a observé et opéré pour kyste de l'ovaire une femme qui, elle aussi, présentait des décharges de liquide kystique dans le péritoine. Chez elle le pédicule du kyste avait subi sept ou huit torsions successives et chaque torsion avait amené une petite déchirure de la paroi kystique, et par suite épanchement du liquide dans le ventre.

**MM. Lambret** et **Potel** répondent ensuite à **M. Colle**, demandant la cause de l'existence de la perforation kystique, que, par suite du frottement du kyste interne contre la paroi, celle-ci s'est corrodée peu à peu et finalement s'est percée complètement.

#### Ostéosarcome l'éruption de physé coroné

**M. Potel** présente un ostéosarcome enlevé chez un jeune homme de 18 ans. Deux opérations ont été pratiquées, l'une il y a huit ans, l'autre il y a six ans. On a pratiqué la résection de l'apophyse coronoïde.

Ce qui fait de l'apophyse coronoïde un muscle temporaire.

**M. Moty** fait remarquer que l'épithélium du kyste provient du bords de la formation de la formation.

Il est donc par suite des vers l'apophyse coronoïde.

#### Hémorrhagie

**M. Ravia** présente une hémorrhagie cérébrale, avec épanchement, ayant donné lieu à une particularité (saignement).

#### Sur le

**M. Colle** présente un jeune homme atteint d'une fièvre appendiculaire, les parois très tendues, le ventre était peu vivant, facilement déformable.

**M. Colle** fait remarquer que plus rarement on trouve l'appendicite dans l'appendicite.

**M. Comb** présente des corps étrangers, il est persuadé qu'il y a une coïncidence entre l'appendicite la paroi de l'appendice.

**M. Carlier** présente une réaction.

#### Tuberculose

**M. Carlier**

les d'une chute, présenta les symptômes d'une légère entorse.

La radiographie montre en plus que le tibia est luxé en avant et que toutefois le péroné est resté dans sa situation normale.

Le diagnostic n'a pu être porté d'abord à cause du gonflement considérable de l'articulation tibio-tarsienne.

## ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

**Anévrysmes de l'aorte**, par H. HUCHARD (extrait du *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*. Troisième édition, 1899, tome II).

Les quatre chapitres que M. HUCHARD consacre dans la troisième édition de son *Traité aux anévrysmes de l'aorte* constituent une importante monographie de 170 pages.

Le premier étudie l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique; le second les anévrysmes de l'aorte thoracique; le troisième ceux de l'aorte abdominale; le quatrième ceux de l'aorte terminale ou plutôt des traitements. Disons tout d'abord que la bibliographie est des plus étendue; la liste de titres: presque partout, et même, l'auteur cite une foule d'ouvrages in extenso, qui donnent à son ouvrage une valeur considérable. Il est vrai que les références de M. HUCHARD suffisaient, mais elles sont encore enrichies de citations plus récentes, des mieux choisies et des mieux classées, anciennes et modernes. Il ne faut pas se plaindre de l'imparfaite d'un ouvrage de cette importance. Résumons simplement les points les moins clairs, les deux points les moins clairs, concerne ce chapitre de pathologie.

Qu'on ouvre les classiques (par exemple le *Traité de médecine et de chirurgie* de BOISSET) et l'on verra incriminées de l'anévrysme les suivantes: intoxication (rhumatisme), syphilis, paludisme, érysipèle, etc. Maintenant M. HUCHARD: « le paludisme, les intoxications, la syphilis, l'infection seule est la cause; l'opinion que l'auteur défend, il le défend par ses arguments. » Les syphilitiques, les paludéens ne deviennent pas tous des anévrysmes; on rencontre des lésions athéromateuses avec abcès puriformes, disparition de la tunique interne dans le commencement d'altération de la tunique moyenne; la tendance à la dilatation anévrysmale doit y avoir autre chose qu'une lésion préexistante surajoutée. Il faut une lésion p





# L'ÉCHO MÉI

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. COMBENALE, Professeur de Clinique médicale

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté; Bédard, professeur agrégé de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphilitigraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

MM. Deléarde, physiologie, Dubar, professeur de clinique agrégé; Kéravantes; De Lape logique; Looten, Valenciennes), médecine; Moty, Out, professeur à Surmont, profes

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : A propos d'un cas d'appendicite, par le docteur A. Mariau, médecin aide-major au 16<sup>e</sup> bataillon de chasseurs, ancien chef des travaux anatomiques. — Deux cas de stercorémie pendant les suites de couches, par le docteur Out, professeur agrégé d'accouchements à l'Université de Lille. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — BIBLIOGRAPHIE. — STATISTIQUE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### A propos d'un cas d'appendicite

Par le Dr A. Mariau, Médecin aide-major au 16<sup>e</sup> bataillon de chasseurs, ancien chef des travaux anatomiques.

I

L'actualité du débat ouvert sur les multiples questions qui se rattachent à l'appendicite, nous engage à communiquer à la Société un cas récemment observé en commun par MM. les Drs DUBAR, LOOTEN, LAIRAC et par nous-même. Le cortège très complet des symptômes dont ce cas s'est accompagné permet de le présenter comme un cas type de la forme la plus habituellement observée de l'appendicite. De plus, son début anormal et la difficulté du diagnostic pourront donner lieu à une discussion intéressante sur l'importante question du traitement, en particulier sur l'opportunité et le moment de l'intervention.

Avant d'entrer dans les détails de l'observation, nous croyons bien faire de résumer à grands traits les données anatomiques relatives au cœcum et à l'appendice. De ces données, les unes sont actuellement bien classiques et

nous ne les signalons que pour les moins connues et

Les rapports expérimentaux ont été l'objet de nombreuses études. Les rapports extra-péritonéal; devant du cœcum la paroi sous-jacente. Anatomie topographique. « Le péritoine mailiaque interne, et cœcum, de telle sorte que le contact immédiat. Les autres ouvertures analogues.

Comment cette disposition semble-t-il, puisqu'il s'agit d'un extra-péritonéal, la science, c'est ce qu'il faut tout-à-l'heure. Quoiqu'il en soit, les travaux de Traité et son appendice tonéale, qu'ils soient sereuse. En gros, sont absolument composés derrière le voissant ce voile, en surface jusqu'à ce qu'ils partent, devant, derrière ce point libre et si

(1) Communication à la Société centrale de médecine du Nord, séance du 12 mai 1899.

(1) Trèves Lect. of TURPIER. Le cœcum. CLAUD. L'appareil



ur de la  
Seul un  
r laisser  
e de cet  
il existe  
endant ;  
m, et la  
s.  
est dire  
éal, un

u cœcum  
tre face.  
inée par  
s. Sur la  
um rend  
apprécie-

ici qui le  
ppendice  
situation  
nique de  
gnostic et

meure (1)

ment.  
diquer la

1891.

fréquence des différents sièges que peut occuper l'abcès appendiculaire. Nous croyons pourtant qu'à ce point de vue, la statistique précédente est sans valeur. En effet, l'appendice est le plus mobile de tous nos organes. On le trouve, à l'autopsie, dans la position toute fortuite où la mort l'a laissé ; cette position eût pu être toute différente à un autre moment. Quand une appendicite se déclare, le siège de l'abcès est déterminé par la position du moment, qui peut n'être pas celle de la veille. Reconnaissons pourtant que la brièveté extrême de certains mésos appendiculaires, impose à quelques appendices une position presque invariable. Mais c'est rare.

Maintenant, comment se fait-il que les trois quarts du temps, pour ne pas dire plus, on trouve l'abcès *derrière* le cœcum, près de son bord externe ou de son bord interne suivant le cas ? Une expérience intéressante va peut-être nous l'expliquer.

Prenons un cœcum dont l'appendice est librement flottant, et insufflons-le. L'appendice se gonfle, entre en érection en quelque sorte, et *tire* sur son méso, tout à l'heure assez long quand il se trouvait flasque, trop court maintenant que l'insufflation le développe. Ce bord libre du méso est parcouru par l'artère de l'appendice, cordlette inextensible qui résiste à la traction. Qu'arrive-t-il alors constamment ? C'est que l'appendice s'incurve, que sa pointe tirée en haut par le méso, remonte derrière l'angle iléo-cœcal et que finalement, si l'insufflation continue, l'appendice tout entier prend la position *ascendante*, *rétro-cœcale*. Il se place le plus souvent le long du bord interne du cœcum. Mais on peut, avec les doigts, le ramener le long du bord externe, le déplacer latéralement et lui faire occuper les diverses positions où on le rencontre d'habitude dans les appendicites à foyer rétro-cœcal.

Or, au début de l'appendicite, avant que l'abcès ne se forme, le météorisme abdominal est constant. N'est-ce pas lui qui, en insufflant l'appendice, va lui faire prendre la position rétro-cœcale ?

Cette hypothèse est peut-être un peu hasardée : Il faudrait un météorisme énorme pour produire l'effet d'une insufflation expérimentale. Et puis des appendices en *cavités closes* ? Et, sans doute, ces objections. Mais, côté du météorisme, il y a la *turgescence* de l'appendice qui le gonfle, l'allonge de volume ; cette turgescence que l'insufflation. Météorisme turgescence inflammatoire pour la causes qui font remonter l'appendice derrière le cœcum. Et cela nous explique que des adhésions postérieures du cœcum à la fosse iléo-cœcale en une cavité fermée de toutes

cœcale, le recessus où l'appendice est venu se loger, cela nous explique, disons-nous, que le péritoine passe maintenant au-devant du cœcum, et semble l'exclure de la cavité abdominale; d'où l'erreur des anatomistes qui s'en rapportaient aux descriptions des chirurgiens, d'ailleurs exactes, mais basées sur la pathologie. Cela nous explique que le pus de l'abcès, détruisant le mince feuillet qui le sépare de la fosse iliaque interne, s'étale dans cette fosse, décolle le péritoine, et se dirige, soit en haut, vers la capsule adipeuse du rein (abcès périnéphrétiques où l'on trouve un appendice gangrené), soit plus fréquemment en bas, vers l'arcade crurale, et dans ce dernier cas, puisse se faire jour à l'extérieur, comme le pus d'un abcès de la fosse iliaque interne (1).

La forme rétro-cœcale de l'appendicite est la plus fréquente. Lorsque l'inflammation surprend l'appendice dans toute autre position et que les adhérences l'y fixent, on a des abcès au milieu de la masse de l'intestin, — dans le petit bassin, — autour de l'utérus, — contre la vessie. Plusieurs perforations sur un même appendice très long donnent plusieurs abcès à des sièges différents, etc.

Un dernier mot touchant la circulation de l'appendice. Cette circulation, comme M. le Docteur CURTILLET, aujourd'hui agrégé de la Faculté de Lyon, nous le faisait observer un jour, est d'une remarquable indépendance. L'appendice est desservi par une seule artère, branche de la mésentérique supérieure, accompagnée d'une seule veine. Ces deux vaisseaux parcourent le bord libre du méso, en émettant des rameaux transversaux qui se portent sur l'appendice et sy ramifient. Le réseau vasculaire qui irrigue l'appendice n'a que de rares et presque invisibles anastomoses avec le réseau qui irrigue le fond du cœcum. Au cours d'une injection du système artériel intestinal, si l'on place une pince sur l'artère appendiculaire, l'injection peut être poussée à fond, pénétrer les plus fins ramuscules de tous les vaisseaux intestinaux, l'appendice reste exsangue. Si, pendant que la pression du liquide injecté s'exerce encore, on lève brusquement la pince, brusquement l'appendice s'injecte dans toute son étendue. Cette indépendance de la circulation appendiculaire donne à penser qu'une compression par un calcul stercoral, ou une oblitération par thrombose des vaisseaux de l'appendice, favorisent singulièrement la gangrène de ce dernier.

(1) Les anciens abcès de la fosse iliaque interne que GRISOLLE nous montre être trois fois plus fréquents à droite qu'à gauche, où J. BERNZ, PAULIER, DANTEL, signalent la présence de matières intestinales et de débris gangrenés d'appendice n'étaient-ils pas les trois quarts du temps des appendicites? D'où l'on peut conclure que l'appendicite, pour être, comme on dit, une maladie à la mode, n'est pas une maladie nouvelle. Notons toutefois sa grande fréquence actuelle, qu'on attribue à des causes bien diverses. Pour M. LOTTEN cette fréquence est imputable à la grippe, déjà chargée, à bon droit de tant de méfaits. M. FAISANS exprimait dernièrement la même opinion sous une forme très affirmative (Soc. méd. des hôp., 24 mars).

Et de fait, cette assez fréquemment

Disons enfin qu de volume ont pu à sa place (DELORE)

OBSERVATION. — n'a jamais été sévère, rougeole bénigne enfance. Il existait l'âge de 12 à 13 ans. Constipation habituelle. Depuis trois ans, constipation habituelle. Jamais de glaires, mais très bon appétit.

Il y a dix-huit jours, sur laquelle il était ratifié. Le malade dans le flanc droit, cours d'un voyage avec une douleur venant bien net sur le froid la veille et le jour.

Diarrhée pendant laquelle n'appelle pas de laudanum et de l'opium. Depuis,

Il y a un an, au moment de la maladie actuelle par un malaise général. A ce moment la température droite n'a réveillé, servi et dîner ce matin matin, no vomissements.

Le dimanche suivant : faiblesse, rougeur des conjonctives, température 37°. Il existait au creux de l'estomac un ballonnement tuméfié par quatre travers de doigt, assez vive, pas de selles, très chargées d'acide biliaire. Emission de selles biliaires. Emission de selles biliaires. Aspect clinique ictérique, diagnostic l'hépatisme dans le flanc droit.

Le 26 au soir, Pouls : 90.

Le 27 au matin, épigastrique, mais sensibilité assez vive, précise au point fécal. Température 37°5.

Le 28, consultation, localisation se fait, douleur à l'arcade crurale, de doigt en dehors.

Très légère sur l'arcade crurale, la main. Le ver constipation persiste, sonde a dû être introduite. Température 37°5 ; pouls 88.

ficite s'impose à la discussion ne manière ferme. On administre réfractées. Le soir, température on d'une vague tuméfaction dans Sonorité superficielle, submatité rposition de l'intestin, entre la Douleur constante, le diagnostic es ce moment la glace en perma-tions.

on à quatre. Les symptômes géné- e la veille, mais la fièvre a aug- Pouls 96. Les symptômes locaux asés. On constate dans la fosse e tuméfaction assez bien limitée, aume de la main, à deux travers ligne allant de l'ombilic à l'épine et en dehors du milieu de cette u est hyperesthésiée; la tumeur volume d'un gros œuf. Matité à efois sonorité superficielle indi- l'intestin. La pression dans le as douloureuse. Mais on réveille niveau de la crête iliaque, dou- nerf petit abdomino-génital est le

dicite n'est plus douteux, et les ts permettent de le préciser de la st très probablement rétro-cœcal, adhérences l'ont vraisemblable- e cavité péritonéale. De plus, il quée vers l'arcade crurale et se gmon de la fosse iliaque interne, qu'on pourra aller à sa rencontre ture de l'iliaque externe, et en s l'ouvrir (1). Cette dernière con- le surseoir à l'intervention immé- tient prêt à opérer à la première e active est instituée. Le pouls et toutes les deux heures et l'examen minutieusement pratiqué.

ricin a occasionné des évacuations emi-liquides, sans caractères spé- : une accalmie remarquable des produit. La température tombe à nieux, la nuit est bonne, mais le

opération est décidée pour le len- e pratiquée plus tôt et d'urgence i nouvelle apparaît. Mêmes symp- mpérature se tient autour de 38°, augmenté de volume. Pas d'accé e nausées; pas de vomissements. eurs, sauf le premier jour. Facies ritionéal; persistance de l'ictère, assent sans incident.

es du matin, opération pratiquée ar.

mi, rasé, aseptisé, et le champ viettes bouillies, une incision de sant par le point culminant de la lélément à l'arcadecrurale. Section eau, du tissu cellulaire sous-cu- e la lame musculaire, du tissu l, et hémostase soigneuse. Puis péritoine, en refoulant en dedaus , de façon à ouvrir la collection le cœcum et en dehors du péritoine;

mais cet essai est d'abord infructueux. Il faut ouvrir le péritoine, reconnaître le cœcum, aller sentir la tumeur qui excède légèrement en dedans les limites de son bord interne. A ce moment, la main intra-péritonéale ayant trouvé le foyer, le soutient, tandis que de nouvelles tenta- tives sont reprises hors du péritoine, le long du bord externe du cœcum, lequel est soulevé, refoulé, renverse en dedans, jusqu'à ce que soudain l'abcès crève. Il s'écoule, dans une assiette flambée et disposée d'avance, 200 gr. environ d'un pus jaune roussâtre, strié de sang, mêlé de grumeaux, abominablement fétide. L'évacuation est tout entière extra-péritoneale. Quand elle est complète, les doigts vont par l'ouverture du foyer rechercher l'appendice, le découvrent sous le cœcum, l'attirent au dehors. Ligature de l'appendice au ras du cœcum, section au thermo cautère. L'appendice tuméfié et congestionné, porte à 1 centimètre de son extrémité libre une ulcération irrégulière, déchiquetée, où passerait un pois. Il ne contient que du pus, et pas de corps étranger.

Drainage du foyer avec un double tube de PÉRIER. Fer- meture du péritoine; suture plan par plan de la paroi. Vaste pansement à la gaze iodoformée et à la ouate stérilisée.

Le malade est reporté dans un lit chauffé et fait tres bien sa réaction. Réveil facile, sans nausées, sans hébé- tude. Sueurs abondantes. Sensation de mieux-être. Quel- ques heures après l'opération, la température est à 37°3.

La nuit suivante est agitée.

monte à 100, la température à : très douloureuses. Mais dès l le premier pansement, le poul revient à la normale, et depi cence a régulièrement suivi so par des éliminations de fils.

Dès l'opération, la dysurie devenues normales. Le retou des forces s'est fait graduellem à petit en dix ou douze jours doute sous l'influence de l'intc remarquable du pouls qui, en descendu aux environs de 48 très lent, sans irrégularités d' diaques, pendant trois semain

### III

Cette observation représente de la forme commune de l'app elle s'écarte de la description e en résulter des discussions int concerne le moment de l'in rapidement sur les faits secon symptômes les plus intéressan tement. Nous ne prétendons i définitivement cette dernière seulement amorcer, au sein e sion qui ne peut être qu'instr

*Le début, la fièvre, le pouls.*— trop exclusive de M. le Pro « Les sujets frappés d'appendi tinal (1) », notre malade avait cela, sans nul doute, a contri

(1) Acad. de Médecine, séance du :

De plus, le début a été celui d'une crise de coliques hépatiques. Dans les premières heures, tout au moins, il n'y avait rien du côté de l'appendice. Tout paraissait se passer au niveau du foie. Nouvelle cause d'incertitude, au moins dans les premiers moments. Enfin, quand les symptômes appendiculaires ont apparu, la douleur n'a pas eu son maximum au point de MAC BURNEY, mais en dehors et au dessous de ce point.

La marche de la température est intéressante, surtout en ce qu'elle a traduit, le jour où le purgatif a produit son effet, la fameuse « accalmie traîtresse » sur laquelle insiste tant M. DIEULAFOY. On sait maintenant que c'est quelquefois au moment où le malade semble ressusciter qu'il est le plus près de la mort. Cette accalmie trompeuse, il suffit, pour ne pas s'y laisser prendre, d'interroger minutieusement le pouls qui donne des indices bien plus précieux que le thermomètre et les sensations du malade. Si le pouls se maintient rapide, à plus forte raison s'il s'accélère graduellement et sans rémission, quoi qu'il arrive d'ailleurs, la mort est proche ; et là, comme dans les contusions de l'abdomen (MORRY), c'est au pouls qu'il faut demander la principale indication à une intervention prompte.

*L'ictère.* — L'ictère est un symptôme important, surtout pour le pronostic, et c'est encore à M. le Professeur DIEULAFOY que nous en devons l'étude. D'une façon générale, il mesure la gravité de la toxi-infection, mais sa nature et sa signification varient suivant le moment de son apparition. Au début de la crise appendiculaire, c'est un ictère par intoxication, ce n'est pas un ictère vrai. Il traduit une aduération légère de la cellule hépatique et s'accompagne d'urobilinurie ; fréquemment, il existe une albuminurie concomitante, signe de l'adulération du rein. L'ictère qui apparaît sur le déclin de la crise, ou même pendant la convalescence, est un ictère vrai, un ictère infectieux se déclarant quelquefois avec violents frissons, grands accès de fièvre et augmentation de volume du foie. Cette dernière forme, qui peut aussi apparaître dès le début, est d'une gravité extrême. Elle traduit l'infection du foie par des embolies microbiennes, parties de l'appendice et véhiculées par la veine porte. Des abcès du foie, petits et multiples, se déclarent, et le malade, même guéri de son appendicite, succombe du fait de cette complication.

La distinction entre l'ictère vrai, par infection, et l'ictère faux, par intoxication, basée sur la présence de l'urobilinurie dans le dernier cas, ne nous paraît pas suffisamment établie pour qu'on puisse toujours trancher la question en clinique, attendu qu'il suffit d'exposer à l'air une urine normale pour que de l'urobilin y devienne décelable. L'augmentation de volume du foie ne suffit pas non plus pour faire affirmer l'ictère infectieux, puisque, dans notre cas, le foie a été gros et l'ictère bénin, simple-

ment le plus d'ouvre le prime (déclin devra la et moti

La d l'appen pirée pi la fréq rattache commu se trou l'appen ment re loin de niques. la simp tion cor vessie. l cause p d'une d chargée symptô d'œdèm urines t tables p dont le pour re urines : pendant

L'inté qui aien L'Acadé consacr de l'api difficile des opir

Le pr 2° Quan 1° M.

tement dire que le faisce d'une c bante sa traitem médical

(1) MAS Paris, 1889

aux seuls moyens médicaux la  
e, et de s'obstiner dans tous les  
clusion de tout autre. Mais cela  
mêmes moyens médicaux, glace  
des adjuvants utiles, lorsque, par  
ésitant fait différer l'intervention  
ont pas nuisibles; ce qui serait  
à laquelle ils pourraient servir

sur cette première partie du pro-  
s d'abord rencontrées par M. DIEU-  
ir été victorieusement combattues  
de ses adversaires se sont rangés  
bitement, et à l'occasion d'un fait  
rer le bien fondé de la doctrine  
lettre de M. GÉRARD-MARCHANT).  
ement, on peut le dire, l'appendi-  
curgicale.

de est d'accord sur la nécessité de  
istouri, les divisions commencent  
miner le moment de l'opération.  
au moment voulu, dit M. DIEULAFOY,  
Mais quel est ce moment voulu ?  
tous les cas ? Arriverons-nous tou-  
saisir ? Pour M. DIEULAFOY, c'est  
le l'opération qui fait le succès (1).  
a un début bruyant, douloureux,  
en quelques heures une très vive  
er tout de suite. « C'est en pareil  
voyée au lendemain peut coûter la  
terrible toxi-infection aura eu le  
er. » Si l'appendicite a un début  
douloureux, peu ou pas fébrile, l'opé-  
nd jour est encore faite en temps  
r davantage, car ces appendicites,  
nignes, n'en aboutissent pas moins  
bles et parfois mortels. « En résumé,  
touts dans son jeu, 24 heures me  
i maximum pour les appendicites  
36 heures pour les appendicites

et les résultats le démontrent, que  
celle qui doit donner les meilleurs  
l, le voici : un sujet est pris subi-  
typiques de l'appendicite. Appelé  
res, le médecin se trouve en pré-  
thognomonique : douleur appendi-  
BURNER), défense musculaire, hyperes-  
a pas de passé intestinal pouvant  
c (typhlo-colite); la brusquerie des  
nsée d'une fièvre typhoïde; la dou-

Séance du 14 mars 1899.

leur n'a acquis que graduellement, en une ou plusieurs  
heures, toute son intensité, et l'hypothèse de l'ulcère de  
l'estomac ou du duodénum, dont la douleur est soudaine,  
en coup de poignard (DIEULAFOY), est de ce chef écartée.  
Bref le diagnostic est d'emblée certain. On opère tout de  
suite. Le malade, encore peu ou pas intoxiqué, encore peu  
ou pas affaibli, est dans les meilleures conditions. On  
tombe sur un appendice turgescant, enflammé, non encore  
perforé, fixé par quelques adhérences glutineuses, mais  
facile à libérer et à réséquer. Il n'y a pas d'abcès à évacuer.  
L'acte opératoire facile, rapide, est réduit à son mini-  
mum... Si tous les cas étaient pareils, « on ne mourrait  
plus d'appendicite. »

Mais tous les cas ne sont pas pareils. Dans la pratique,  
mille difficultés surgissent : D'abord il n'arrive pas que le  
médecin soit toujours appelé dès les premiers moments.  
C'est quelquefois après plusieurs jours qu'on se décide à  
le faire venir, surtout dans les cas à altures bénignes, et  
les malades qui viennent se faire soigner à l'hôpital n'y  
entrent le plus souvent qu'au troisième, quatrième, cin-  
quième jour... Et quand le médecin est appelé, le diag-  
nostic n'est pas toujours d'emblée facile. Les signes  
peuvent, au moins au début, être très obscurs, être très  
trompeurs. D'autres affections peuvent en imposer pour  
l'appendicite, l'entéro-colite, par exemple. Le diagnostic  
en est facile, nous dit M. DIEULAFOY : « le sujet pris d'une  
crise d'entéro-colite a un passé intestinal; il est sujet  
depuis des mois et des années à des dérangements intes-  
tinaux. Le sujet atteint d'appendicite n'a pas de passé  
intestinal; il est presque toujours, pour ne pas dire tou-  
jours, pris dans le cours d'une excellente santé (1). » Or,  
ce diagnostic n'est pas toujours si simple. Notre malade  
avait un passé intestinal. Théoriquement, il avait plus de  
droits à une entéro-colite qu'à une appendicite, et faute  
d'autres signes (lesquels se sont fait attendre), c'est à la  
première affection que nous devons penser. De fait, notre  
embarras a duré 48 heures.

Dira-t-on que dans le doute il ne faut pas s'abstenir, et  
faut-il que le bistouri précède le diagnostic? Nous ne  
le pensons pas, là pas plus et encore moins qu'ailleurs.  
Une trop grande facilité à intervenir fait commettre des  
fautes qu'une investigation minutieuse n'eût pas manqué  
de faire éviter. M. TURRIER rapportait récemment l'obser-  
vation d'une femme qui présentait de la fièvre et de la  
douleur de la fosse iliaque droite. Le chirurgien ouvrit  
le ventre et tomba sur un appendice sain. Peu après, le  
séro-diagnostic démontrait que la malade était atteinte de  
fièvre typhoïde. Et en effet, fièvre et douleur de la fosse  
iliaque droite, cela veut dire aussi bien typhoïde qu'appendi-  
cité. Il arrivera donc en pratique, par la force des cho-

(1) Acad. de Méd., 28 février 1899.

ses, que le délai de trente six heures proposé par M. DUBAR se trouvera dépassé. Que faire alors ?

Beaucoup de chirurgiens pensent qu'il faut toujours opérer dès que le diagnostic est posé, et ne regretter qu'une chose, c'est de n'avoir pas pu le faire plus tôt (1). Toutefois, par le fait de la temporisation involontaire (médecin appelé tard, diagnostic hésitant) qui l'aura laissée évoluer, l'appendicite a pris une physionomie clinique qui permet d'adopter une ligne de conduite différente suivant les cas. Il existe deux grandes modalités, entre lesquelles se placent tous les intermédiaires : l'appendicite est aiguë ou subaiguë.

1° L'appendicite est aiguë : l'état général est grave, le faciès péritonéal ; il existe des vomissements ; il y a de la fièvre ; le pouls est petit et rapide, il monte sans rémission à 100, à 110, à 120, et plus ; le ventre est ballonné et partout douloureux, la localisation appendiculaire est nette, grâce à la triade douloureuse, mais l'empatement est vague, imprécis, mal limité. Bref, c'est le tableau de la péritonite qui domine la scène. Dans de tels cas, il faut opérer *toute affaire cessante*. On n'arrive jamais assez tôt, et plus on sera près du début des accidents, plus on réduira les chances de mort. L'intervention immédiate, telle est la règle absolue.

2° L'appendicite est subaiguë : l'état général est bon, le malade ne vomit pas, il y a peu ou pas de fièvre. Le pouls est plein et large, et quoique plus rapide qu'à l'état normal, il ne subit pas d'accélération croissante. La localisation appendiculaire est des plus nettes, on constate un *gâteau* d'induration, une tuméfaction aplatie bien circonscrite. Dans de tels cas, les plus radicaux consentent à la temporisation, mais *sous le contrôle d'une surveillance attentive* ; car, de nombreuses observations en font foi, des appendicites en apparence bénignes prennent quelquefois une allure de gravité foudroyante.

Telle est l'opinion de MM. TILLAUX, LUCAS CHAMPIONNIÈRE, BERGER, SEGOND, autant dire de presque tous les chirurgiens, car voici ce que disent quelques-uns des plus radicaux (2). HARTMANN : « Je n'ai recours au traitement médical que lorsque l'appendicite évolue spontanément vers la guérison, ou s'il existe un *gâteau* inflammatoire qui tend de jour en jour à disparaître. » QUÉNU : « Dans le cas d'appendicite subaiguë, il arrive souvent que je temporise. » TURRIER : « Appelé dans les douze premières heures, j'interviens toujours. Un peu plus tard, si je constate l'existence d'un *gâteau*, et si je suppose que l'affection est en voie de guérison, je laisse de côté le bistouri. » SCHWARTZ : « Je n'ai pas recours à l'opération si le pouls reste régulier, la respiration large, et s'il n'y a ni ballonnement du ventre,

ni constipation opiniâ dans la majorité de e froid pourra être faite

Il semble donc que s menaçants, on peut sur Quels sont les avantage part des auteurs estim gereuse à froid qu'à cl plus facile quand l'ora considération a son ir qu'elle ne vient qu'en s avantages de l'opérati impérieuses n'obligent présentes.

Une autre considérat tion (l'expectation a Dans l'immense majori S'il évolue, comme che s'il se comporte comm interne, plus on attend voir l'ouvrir en s'insi. refoulant sans le léser lable à cet endroit ( décollement). Ctte con n'est pas indifférent d'n va crever, dans son vo virulence, et l'abcès se toine que des adhérenc s'établir. C'est à des ca plus volontiers la b M. DUBAR l'a instituée

Le résumé de tout ce gien sera toujours délii apprécier à son exacti présente, voilà les élé l'on arrive tôt, si le diag est d'opérer tout de s circonstances, ou pèser porisation, si l'état di ligne de compte. Mais la main et au prix d'ur

A chaud ou à froid, toutes les appendicites trompeuses, le malade dives qui peuvent le s ration ne sera pas pos porte que sur l'appré l'opération. Mais tôt l mot appartient au chir

(1) Robert T. MOORE. *Quand faut-il opérer l'appendicite ?* Anal. par ALVERNEZ ; in Arch de Méd milit, juin 1899.

(2) Société de Chirurgie de janvier à mars 1899.

## Deux cas de stercorémie pendant les suites de couches

par le Docteur M. OUI,

Professeur agrégé d'accouchements à l'Université de Lille

Il est de notion vulgaire que la constipation est fréquente pendant les suites de couches. Il est rare, même, qu'une nouvelle accouchée aille spontanément à la selle, et la plupart, pour exonérer leur intestin, doivent recourir aux lavements ou à quelque laxatif. Le plus souvent, heureusement, on vient facilement à bout de cette constipation qui, même persistante, ne donne lieu à aucun accident. En revanche, dans certains cas, on voit se produire, sous l'influence de cette accumulation dans l'intestin, de matières stercorales, une hyperthermie très notable, très inquiétante pour l'accouchée et pour son entourage, j'ajouterais, même, pour le médecin. Dans certains traités classiques d'accouchements, il n'est même pas fait allusion à ces accidents; d'autres auteurs leur consacrent à peine quelques lignes.

Bien plus, dans un ouvrage récent (1), MM. PINARD et WALLICH négligent, de parti-pris, le diagnostic différentiel entre la stercorémie et l'infection puerpérale: « Seule la température témoigne d'un état anormal; le thermomètre marque 37,8, 38, 38,5 ou même au-dessus; le pouls est fréquent, et sa fréquence est souvent en rapport avec le degré d'infection. Il faut se garder alors de croire à la fameuse fièvre de lait d'autrefois ou à la stercorémie; il faut poser le diagnostic d'infection, tout de suite, même, s'il y a doute, et agir en conséquence... »

Je ne conteste pas que cette formule soit vraie dans la très grande majorité des cas; mais elle est trop absolue. MM. PINARD et WALLICH, craignant de voir leurs lecteurs méconnaître l'infection puerpérale à son début et apporter dans son traitement un retard préjudiciable aux malades, ont éliminé la stercorémie qui est relativement rare. Cependant, cette stercorémie existe d'une façon indubitable et la méconnaître serait s'exposer à mettre en œuvre fort inutilement le traitement de l'infection puerpérale, inoffensif, il est vrai, entre des mains expérimentées... et propres, mais qui peut être très nuisible lorsqu'il est pratiqué dans des conditions défectueuses.

Avant de revenir sur cette question du diagnostic, je désire exposer deux observations qui me paraissent présenter quelque intérêt.

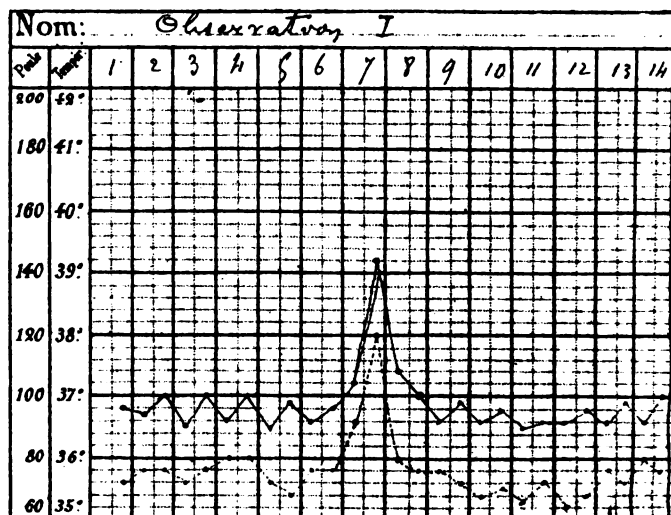
**OBSERVATION I.** — M<sup>me</sup> X... enceinte pour la première fois au début de l'année 1897, a fait, à ce moment, un avortement de deux mois et demi. A la suite de cet avortement, elle a été atteinte de métrite hémorrhagique et a subi en novembre 1897 un curetage et une amputation du col (procédé de SCHROEDER) pratiqués par M. le Professeur DUBAR. Les suites de l'intervention furent absolument normales

sauf une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme pendant quinze jours.

La menstruation s'était rétablie, très régulière. Les dernières règles se montrèrent du 23 au 27 mai 1898.

Le 17 mars 1899, à cinq heures du matin, le travail commençait. L'enfant présentait le sommet, en G A. A midi et demi, la dilatation était complète. Je rompis les membranes et à deux heures, naissait une belle fille de 3,955 gr.

Du 17 au 21 mars inclus, l'accouchée eut une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme répété deux fois par



jour, après quoi, les mictions spontanées reparurent régulières et indolores. A partir du 20 mars, aucune selle ne se produisant spontanément, j'avais fait administrer tous les jours un lavement glyciné; mais les selles ainsi obtenues avaient toujours été très peu abondantes. L'état général était parfait, l'appétit excellent; la montée laiteuse avait été abondante; la température n'avait pas dépassé 37° et le pouls était resté normal.

Le 23 mars (7<sup>e</sup> jour après l'accouchement), la température matinale était de 37°2, le pouls battait à 96 à la minute et l'accouchée se plaignait d'une céphalée légère. Le ventre était indolore, souple; l'utérus involuait régulièrement; les lochies étaient normales et je ne constatai rien de particulier du côté des seins. Le soir, la température était à 39°2, le pouls à 120; la céphalalgie avait considérablement augmenté. Le ventre était toujours indolore, mais légèrement météorisé.

J'ordonnai d'administrer le soir même 30 grammes d'huile de ricin, qui amenèrent dans la nuit trois selles horriblement fétides. Le lendemain, la température n'était plus qu'à 37°4 le matin et 37° le soir et se maintint normale, ainsi que l'indique le tracé ci-joint. Mais la rétention d'urine se reproduisit et dura encore pendant six jours.

**OBSERVATION II.** — M<sup>me</sup> N..., primipare, a eu ses dernières règles le 14 juillet 1898. Sa grossesse a été normale, sauf une constipation opiniâtre pour laquelle M<sup>me</sup> X... a pris quotidiennement, pendant sept mois, des doses de rhubarbe variant entre 0 gr. 75 et 1 gr. 50. Accouchement spontané le 22 avril 1899. Le travail a duré vingt et une heures. Fille vivante pesant 3,300 gr.

Les 25, 26 et 27 avril, lavements glycinés qui provoquent des selles peu abondantes composées de matières très dures.

Le 28 avril, douleur légère dans la fosse iliaque gau-

(1) *Traitement de l'infection puerpérale*, 1896.

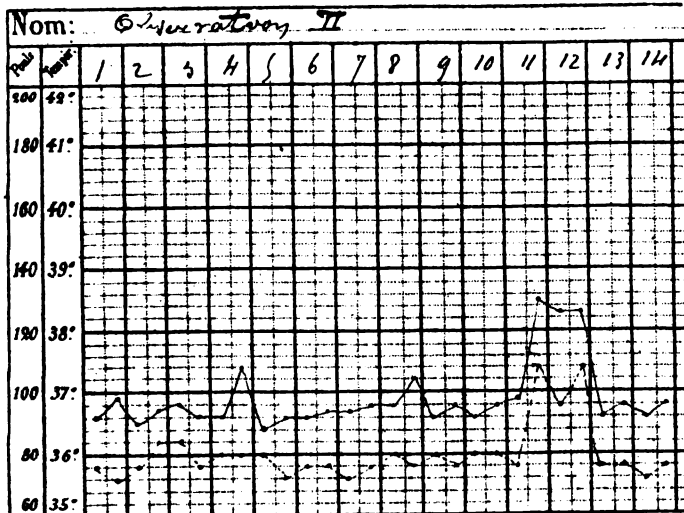
che; 30 grammes d'huile de ricin sont ordonnés et provoquent deux selles.

Les 29 et 30 avril, le ventre est légèrement ballonné, l'appétit qui, jusque-là, s'était maintenu bon, a presque complètement disparu. Les lavements sont rendus à peine colorés.

Le 1<sup>er</sup> mai, lavement avec un litre d'huile d'olives qui est rendu intact après avoir été conservé quelques heures.

Le 2 mai, empâtement douloureux dans tout le flanc gauche, le long du colon transverse. 30 grammes d'huile de ricin sont ordonnés; mais aucun effet n'est obtenu.

Le 3 mai, devant la persistance de cette constipation et l'échec des moyens employés, je prescris 20 grammes de



teinture de jalap. Le soir, après de violentes coliques et sans qu'il y ait eu aucune selle, la température monte à 38°5, le pouls à 108.

Le 4 mai, lavement d'huile, toujours sans résultat. La température est à 38°3 le matin et le soir, le pouls à 96 et 108.

Le lendemain, 5 mai, la température revient à la normale. Dans la journée, trois lavements d'eau bouillie chaude, de 500 grammes chacun, sont administrés. Ils ramènent quelques débris durs. Les lavements sont continués le 6 et le 7 mai et c'est alors, seulement, que se produisent des selles abondantes en même temps que l'empâtement douloureux du flanc gauche disparaît définitivement.

Les suites de couches ont été, à partir de ce moment, parfaitement régulières.

Pour analogues qu'ils soient, les deux cas que je viens d'exposer n'en présentent pas moins des dissemblances importantes.

Dans le premier cas, en effet, la fièvre s'est montrée le septième jour après l'accouchement, alors qu'il n'y avait pas eu constipation absolue et que, depuis trois jours, l'accouchée avait eu quotidiennement une selle peu abondante.

Dans le second cas, ce n'est que le onzième jour, à la suite d'une constipation complète et prolongée et après absorption d'un purgatif drastique, que l'hyperthermie s'est produite.

Chez la première malade, le premier trouble causé par la

constipation a été la fièvre; chez la seconde, au contraire, une constipation prolongée, donnant lieu à du tympanisme abdominal et à de la douleur, n'avait pas produit d'hyperthermie et il a fallu, pour amener la fièvre, l'ingestion d'un purgatif qui, en irritant l'intestin et en liquéfiant partiellement les matières qu'il contenait, a favorisé l'absorption des toxines.

Le point commun, c'est l'apparition tardive des phénomènes fébriles (septième et onzième jour) et c'est là un des points importants qui différencient, dans une certaine mesure, la stercorémie de l'infection puerpérale.

Dans l'infection puerpérale, en effet, c'est généralement du deuxième au quatrième jour que la fièvre apparaît. Les infections tardives sont rares et ne se produisent guère que dans les cas où on a fait ou laissé faire par une garde des injections vaginales pendant les suites de couches. C'est une méthode que j'ai, pour ma part, abandonnée complètement et, dans ces deux cas, je ne pouvais attribuer à une inoculation septique datant du moment de l'accouchement une hyperthermie aussi tardive. Ce fut sur cette circonstance, en même temps que sur la constatation de l'intégrité des organes génitaux et de l'involution régulière de l'utérus que je pus baser mon diagnostic de stercorémie.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et la fièvre peut apparaître, causée par la stercorémie, le troisième jour après l'accouchement et même pendant le travail (1).

Le diagnostic peut, alors, être réellement très délicat, surtout si on ne constate pas nettement, comme BUDIN l'a fait et comme j'ai pu le faire dans l'observation n° II, une tuméfaction douloureuse dans la région du cœcum ou de l'S iliaque.

C'est dans ces cas, lorsque le diagnostic reste douteux et qu'il serait téméraire de conclure entre la stercorémie et l'infection puerpérale, qu'il ne faut pas hésiter, selon la formule de MM. PINARD et WALLICH, à appliquer sans retard le traitement de l'infection et à pratiquer une injection intra-utérine antiseptique. Une erreur qui aurait pour conséquence de faire traiter par des purgatifs une infection puerpérale au début serait, en effet, extrêmement préjudiciable à la malade. Dans le doute, il ne faut pas s'abstenir. Il faut combattre et l'infection possible et la constipation.

Mais, lorsque le diagnostic de stercorémie a été posé, et il peut l'être, dans certains cas, sans grosse difficulté, ce serait une faute que de pratiquer une injection intra-utérine, cette petite opération n'étant pas toujours inoffensive et étant alors complètement inutile.

Il ne faut donc pas négliger, au cours des suites de couches, le fonctionnement de l'intestin. Il ne faut pas, surtout si la fièvre est tardive, porter, sans autre examen, le diagnostic d'infection puerpérale. Dans cette période, lors-

(1) BUDIN. — Femmes en couches et nouveau-nés.





## NOUVELLES &amp; INFORMATIONS

La quatrième session de l'Association française d'Urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, du 19 au 21 octobre 1899, sous la présidence de M. le Professeur GUYON.

La question mise à l'ordre jour est la suivante : *Des hématuries dites essentielles* : M. MALHERBE, de Nantes, et LAGUEU, de Paris, rapporteurs.

## UNIVERSITÉ DE PARIS

Nous apprenons avec la plus vive satisfaction que nos collaborateurs, MM. les professeurs CHARMEIL et OUI viennent de recevoir les *palmes académiques*. Nous saisissons cette occasion pour adresser à nos collègues nos bien sincères compliments pour la distinction méritée qui leur échoit.

Nous enregistrons avec plaisir que M. le professeur BAUDRY a été promu officier de l'instruction publique, et que M. LAUDE, sous bibliothécaire nommé officier d'Académie.

## SOUTENANCES DE THÈSE

M. L. HUART, de Paris, a soutenu avec succès, le jeudi 6 juillet, sa thèse de doctorat (5<sup>e</sup> série, n° 127), intitulée : *Traitement opératoire des flexions utérines par la cunéohystérectomie*.

— M. L. A. CARPENTIER, externe des hôpitaux, de Wattignies (Nord), a soutenu avec succès, le jeudi 13 juillet, sa thèse de doctorat (5<sup>e</sup> série, n° 128), intitulée : *Contribution à l'étude des causes influençant le pronostic de la syphilis*.

Sont nommés au grade de *médecin aide-major de deuxième classe*, dans la réserve de l'armée, MM. les docteurs DUVAL, d'Englefontaine (Nord); HUYGHE (de Lille); DUCROQUET (Marcq-en-Barœul); BIGOT et MAKEREEL (d'Hazebrouck); BLANCHARD (d'Avènes-les-Aubert); DELIGNY (de Fruges).

Sont nommés au grade de *médecin aide-major de 2<sup>e</sup> classe*, dans l'armée territoriale : MM. les docteurs THIBOUT (d'Enghien-les-Bains); DEBUCHY (de Roubaix); DELBECQUE (d'Estaires).

Nous relevons dans la liste des *promotions de la Légion d'honneur* comme intéressant particulièrement la région du Nord, les noms de MM. les docteurs BIÉNUYCK, médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale, de Lille (Nord), et BERTHIER, récemment envoyé de Dunkerque à l'hôpital militaire d'Amélie les-Bains, promu au grade d'*officier*; LACRONIQUEZ, médecin-major de première classe au 3<sup>e</sup> génie à Arras, nommé au grade de *chevalier*.

Ajoutons que sont promus :

*Commandeur* : M. le docteur DRIOUT, médecin inspecteur.

*Officiers* : MM. les médecins principaux PIERROT, DELORME, JEANMAIRE, GESCHWIND; M. le médecin en chef de la marine FONTIRBE; MM. les médecins-majors de première classe CHARBONNIER, PERRIN, BAYARD, LEMOINE, MANDOUL, VAUGY, FIX, DUFARD, GUILLEMOT, ANAT, ATGIER, VILMAIN, BAUR, PETIT, LEGAGNEUR, BROUSSE, GODIN; MM. les médecins-

maj  
SPR  
C.  
mar  
Gu  
de r  
maj  
maj  
prir  
SAL  
en F

L  
dan.  
dée  
gué  
1896  
ces  
nos  
dail  
TECH

M  
COIR  
M

de  
de  
d'A  
d'H.  
Moi

MM  
de  
VER  
MAI  
DEL  
DEL  
d'A  
ROU  
DET  
A

de  
Not  
Rac  
NE  
de  
Rei  
HEI  
nce  
W  
RAS  
We  
int

Ca  
de  
L  
Ho  
Va  
de

UCQUE, de Tourcoing; CASTELAIN, COMTE, de Croix; BEULENS, de

MM. les docteurs DEBOUZY, de Landas; LACMANT, de Marchies; HUYGHE, de Dunkerque; Vimer; VANHERSEECKE, de Zeggers-rghe, DECANTÈRE, de Bœscheppe; DESCARPENTRIES, de Péronchies; id, de Lille; TOFFART, de Frelen-ville; BONENFANT, de Linselles; CHE, de Chérens; PINTAUX, de ; DETROY, de Flers; M. CAUDRON, Lille. — Mmes les sages-femmes, EULIN, de Jeumont; DURAND, de ge; LEROY, (Emma) de Fourmies; BRAY, de St-Aubert; CLAISSE, de Saulzoir; GRIFFON, de Somain; Philippe; BOUCHERIE, de Nieppe; Bruay; FLÉRECO, de Raismes; DELCROIX, de Tourcoing; CHARLON, RIND et TACQ, de Lille; LEPEZ, Cysoing; GUILBERT, de la Bassée; DEBRUYNE, de Roubaix.  
ent que notre distingué collaboré OUI a été nommé secrétaire.

#### CROLOGIE

annoncer à nos lecteurs la mort, de Mareuil-sur-le-Gay (Vendée).

#### OGRAFIE

**thérapie du praticien**, par , chef du laboratoire d'électrothérapie. 1 vol. in-18 de 236 p. avec irie J.-B. Baillière et fils, Paris. lui une place considérable dans la ques.  
ore suffisamment familiarisé avec

thérapie n'est pas encore organisé fiable pour l'étudiant. D'autre part n dehors du *Précis d'électrothérapie* excellent, mais s'adressant surtout des grandes villes. Le *Formulaire* du Docteur REGNIER remplit cette laissé de côté tous les détails phy-ion spécialiste pour donner au cons nécessaires sur la manière d'appli-ions et ses contre-indications.  
ants électriques, M. REGNIER étudie praticien pour l'électrodiagnostic et a formes des courants qu'ils four-re de ces courants sur laquelle est que, les méthodes à employer soit soit pour traiter le malade.  
re électrique, il a rassemblé tous les édecin sur les divers usages de la agnostic en médecine, en chirurgie, gie, etc.

**CATARRHES. — L'émulsion** sure préparation créosotée. Elle t l'expectoration.

### Statistique de l'Office sanitaire de Lille

27<sup>e</sup> SEMAINE, DU 2 AU 8 JUILLET 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		9	11
3 mois à un an . . . . .		8	9
1 an à 2 ans . . . . .		4	2
2 à 5 ans . . . . .		1	1
5 à 10 ans . . . . .		»	1
10 à 20 ans . . . . .		»	1
20 à 40 ans . . . . .		5	3
40 à 60 ans . . . . .		6	9
60 à 80 ans . . . . .		8	8
80 ans et au-dessus . . . . .		2	1
Total . . . . .		46	43

NAISSANCES par quartier		8	14	12	33	14	11	6	15	14	2	4	125
TOTAL des DÉCÈS		8	13	12	13	5	12	13	9	1	1	3	89
Autres causes de décès		5	8	7	7	2	3	2	1	3	1	1	33
Homicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide		»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Accident		»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculeuses		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire		3	4	1	»	»	1	3	»	»	»	»	12
Diarrée aigüe		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
plus de 5 ans		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
de 2 à 5 ans		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
moins de 2 ans		»	2	6	3	2	2	1	1	»	»	»	17
Maladies organiques du cœur		»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	3
Bronchite et pneumonie		»	1	2	3	»	2	1	2	»	1	»	12
Apoplexie cérébrale		»	»	1	»	»	4	1	»	»	»	»	6
Autres		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Couenne		»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Grippe et diphtérie		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Variole		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Répartition des décès par quartier	
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	
Moulins, 24,947 hab.	



la peau est d'un brun assez foncé, appartenant manifestement à un type, au moins récent, de sang

noir. Les téguments de la face interne du cou ne présentent

de lésions. Au tronc, à la poitrine, on constate une plaque blanche, partant de la partie antérieure et aboutissant à l'apophyse xiphoïde. À droite la peau a conservé sa couleur normale, à gauche deux petits îlots, en voie de décoloration, au-dessus de la clavicule.

Sur le ventre, on trouve deux plaques situées l'une à l'ombilic et d'une mince bande latérale, est complètement décolorée. Sur le cou, depuis le cou, jusqu'aux épaules, hormis un îlot correspondant à la cicatrice du lambeau occupant presque

la totalité de la face antérieure, la topographie comme sur les deux

par la distribution des lésions, frappée de la symétrie presque

absolue. Sur chacun des deux bras, occupant les deux tiers supérieurs de ce segment de la face antérieure, plaque blanche.

Sur les cuisses, occupant les deux tiers antérieurs de cette partie, se remarquent deux plaques, analogue à celle des bras.

Sur le bord cubital des deux avant-bras, on trouve en voie de décoloration, deux plaques, une de la face externe des deux avant-bras, semblable à celles des avant-

bras. Les lésions ne répondent pas à des limites fixes.

Sur le cou, des taches du bras et de la face antérieure des îlots malades.

Sur les organes génitaux compris, la peau présente aucune modification.

Sur les membres qui en sont les téguments, présente une coloration d'un brun foncé, sans traces d'ulcères ou

de cicatrices. Ces taches ne forment aucun relief sur la peau saine. Elles se continuent avec elle sans ligne de démarcation autre que la différence de pigmentation. Autour d'elles il n'y a pas non plus d'hyperchromies (1). La couleur et la structure des poils ne sont pas modifiées. Suivant MOHAMED M'SAÏB, la sécrétion sudorale, au niveau des plaques leucodermiques, n'a subi aucune altération. Les contours de ces plaques sont irréguliers, à bords géographiques, non polycycliques, sauf aux bras, aux cuisses et à la partie postérieure du tronc, où la séparation se fait suivant des lignes plus régulières, presque droites ou presque courbes.

Aux avant-bras, aux jambes, sur les petites taches du côté droit de la poitrine, et sur celles des bras, on peut saisir sur le fait le processus qui a déterminé ces achromies, car on l'y trouve encore en voie d'évolution. La peau à ce niveau présente une coloration rouge rosée, légèrement inflammatoire. Elle est luisante et même quelque peu humide. Elle présente de nombreuses fentes s'entrecroisant en tous sens et lui donnant un aspect finement craquelé. Ces lésions ne sont pas réparties sur une surface non discontinue. Elles constituent de petits placards de formes et de dimensions très variées, baignées dans des parties restées saines en apparence mais qui, elles aussi, seront, vraisemblablement décolorées dans l'avenir.

La barbe, les cheveux, les cils et les sourcils sont noirs et bien fournis.

Les ongles ne présentent aucune altération.

Tous les organes, cœur, poumons, foie, reins, rate, sont sains.

L'appétit est bon, les fonctions digestives s'effectuent régulièrement.

Les ganglions lymphatiques ne sont pas tuméfiés.

On ne peut rencontrer quelque stigmate de syphilis, et bien que la leucodermie soit en voie d'évolution manifeste sur certains points du corps, on ne rencontre pas les tubercules syphilitiques incriminés par certains auteurs et notamment par M. le docteur GEMV, d'Alger, dans sa note sur la leuromelanodermie syphilitique.

Il n'y a aucun trouble trophique.

Au dynamomètre la force de pression était de 43 pour la main droite, de 36 pour la main gauche.

Les réflexes tendineux prérétuliens m'ont paru notablement diminués.

J'ai principalement examiné l'état de la sensibilité. Les sensibilités au contact et à la piqure paraissent fort obtuses. On peut enfoncer une épingle profondément dans le derme sans que la physiologie trahisse la moindre douleur. Le contact de la pointe de l'épingle semble également imparfaitement perçu. Ces sensibilités sont amoindries non seulement au niveau des plaques leucodermiques, mais sur tout le reste du corps, à l'exception de la face. Il est impossible de constater des zones bien déterminées d'anesthésie ou de sensibilité normale ou exagérée. La sensibilité à la brûlure a été plus difficile à apprécier.

Je me suis servi pour la reconnaître de la pointe d'un thermocautère. Or, la vue du platine porté au rouge a provoqué chez mon Marocain une certaine appréhension qui a pu masquer l'expression véritable des sensations perçues. Il m'a paru pourtant que la thermocautérisation, en trois endroits, était moins douloureuse que de coutume.

La sensibilité électrique a été étudiée à l'aide des courants continus et des courants induits. Déjà avec trois éléments de l'appareil au bisulfate de mercure de CHABRIN, le sujet accusait par son attitude des impressions désagréables.

L'action des courants interrompus a été recherchée à

(1) Il y aurait même plutôt hypochromie, ainsi qu'on le voit bien à la partie supérieure du bras gauche.

l'aide de l'appareil n° 19 de CHARDIN. La bobine à fée au n° 1 de l'échelle faisait déjà faire la grimace à l'homme. Le courant formé par une bobine à gros fil est naturellement mieux supporté. L'extra-courant produit les mêmes effets que les courants directs.

Les muscles se contractaient énergiquement.

En somme, je conclurais peut-être à une augmentation de la sensibilité électrique, s'il ne fallait tenir compte de ce qu'avaient d'insolite pour un Riffain les sensations produites par l'électricité appliquée sous ces deux modes.

Il s'agissait bien évidemment d'une leucodermie localisée au triple point de vue de son étiologie, de sa distribution nettement symétrique aux membres, de sa grande extension et de sa marche progressivement envahissante.

Quelle était la cause de cette leucodermie ? J'ai tout d'abord à la lèpre, en raison précisément de la distribution et des troubles de la sensibilité. Sous cette forme je soumis à M. le docteur GÉMY la photographie du malade. Le distingué chargé de cours des maladies cutanées et vénériennes de l'Ecole d'Alger eut l'extrême obligeance de me faire connaître que je me trouvais en présence non pas d'un cas de lèpre mais de leucodermie syphilitique. En même temps, il eut l'amabilité de m'envoyer un travail publié par lui en 1894 dans le *Journal médical de l'Algérie*.

Avant d'entrer dans la discussion du diagnostic de la maladie de Mohamed, on me permettra quelques observations sur un sujet, dans l'histoire duquel on trouve les noms de deux regrettés professeurs de la Faculté de Lille, des professeurs ARNOULD et H. LELOIR. On doit à M. le professeur GÉMY, n'est autre chose que la leucodermie syphilitique. A l'autre on doit une remarquable étude, bien connue et souvent citée, sur le vitiligo.

Dans le langage médical français, le mot leucodermie est d'introduction toute récente. Il ne figure pas dans l'édition 1878 du dictionnaire de LITTRE et ROBIN. On trouve mentionné qu'une seule fois à l'article *vitiligo* par le professeur HARDY. Il n'en est question ni dans les *Syphilides* de M. BARTHÉLEMY (1883) ni à l'article *névroses* du professeur LELOIR (1894).

Sous le nom de vitiligo, on semble avoir en France des faits qui se rapportent à la leucodermie. Inversement, le qualificatif de *leucodermie*, les auteurs anglais et allemands ont décrit depuis longtemps des accidents qui rapportent nettement au vitiligo. Dans la plupart des observations sont signalées la décoloration des parties malades et l'hyperpigmentation des bordures saines, signes donnés comme caractéristiques de la leucodermie.

En réalité la ligne de démarcation entre le vitiligo et la leucodermie est loin d'être bien tranchée. Pour la p

avoir observé à la suite du psoriasis, des macules décolorées ayant exactement la configuration des plaques psoriques (1892, p. 18). En 1898, ce même cas identique.

servé à la suite de certaines intoxications, l'empoisonnement par le pétrole. L'attaché sans doute le fait rapporté en dermatologie par M. DU CASTEL. Les plaques de vitiligo apparurent aux endroits où on avait fait des injections

de colorations de la peau au cours du myélome, dans les névralgies, dans les névroses, dans le goître. Le professeur LÉLOIR qualifiait le vitiligo de *atrice et révélatrice*.

Observé dans la maladie d'ADDISON, où, avant LÉLOIR, à des lésions nerveuses. Mais au cours de certaines maladies, on a noté les achromies de la peau et, dans ceux où elles sont particulièrement fréquentes, la syphilis et la lèpre.

On cite donc principalement les auteurs suivants : entre autres (*Archives de Vinchow*), on a fait connaître le vitiligo syphilitique, dans une communication faite au *Journal médical* de cette ville, dit que les plaques qui surviennent au cours de la séquence d'exanthèmes antérieurs. Les colorations qu'on désigne sous le nom de vitiligo le plus souvent au niveau des membres inférieurs, et aussi dans les endroits qui, à l'exanthème, avaient une coloration normale et les extrémités.

On a vu également pour la peau de la nuque, d'après M. EHLMANN, par ce fait qu'elle est plus exposée à l'air libre et par conséquent. Chez mon malade, les parties les plus atteintes.

En Allemagne, la leucodermie syphilitique est fréquente que PALMER, ayant examiné des cas syphilitiques, l'a rencontrée chez

avant ARNOULD et le docteur GÉMY, se rapporte à la partie, sinon en totalité, à la syphilis. Il est de même de la plupart des faits qui portent le nom de morphee blanche. Dans le cas de GÉMY on trouvait encore des tubercules, mais ils n'existent pas dans la mienne.

Les décolorations de la peau s'observent. Suivant LÉLOIR, elles proviennent de taches hypérythémiques. Les poils

deviendraient souvent blancs à la surface des régions achromiques et ne tomberaient pas toujours. Elles indiquent que le système nerveux est en train de se prendre. Les taches érythémateuses, d'après le professeur LÉLOIR, seraient souvent symétriques. Notons que l'anesthésie et la symétrie ont été signalées au cours de vitiligo indépendants de la lèpre.

L'anatomie pathologique de la leucodermie syphilitique a été étudiée par M. VINCENT sur un des malades de M. GÉMY. Les cellules basales du corps muqueux ont complètement perdu leur pigment. Les poils sont moins pigmentés dans les plaques leucodermiques que dans la partie saine de la peau, mais le pigment n'a pas entièrement disparu.

Il n'y aurait pas d'altération particulière des éléments de la peau. « Tout au plus doit-on noter par places la disparition de la couche granuleuse et la diminution de nombre et de volume des gouttelettes d'éléidine. »

Dans quelle classe de leucodermies dois-je donc ranger la maladie de MOHAMED M'SAÏB ? Ce n'est assurément ni dans la première, ni dans la troisième. Il est également douteux qu'elle appartienne à la seconde ou à la quatrième. Si elle n'appartient pas à la quatrième (trophonévrose cutanée), reste donc seulement la cinquième. Avons-nous eu affaire à un lépreux ou à un syphilitique ? C'est ce que nous n'oserons pas décider. La syphilis est très commune chez les indigènes de l'Afrique septentrionale. Peut-être moins cependant qu'on ne le croit généralement. Nous avons vu que pour LEWIN la présence d'une leucodermie ne suffit pas pour porter le diagnostic de syphilis. Si nous avions pu suivre ce malade, nous eussions commencé par le soumettre au traitement spécifique, et les résultats que nous eût donnés ce traitement eussent été d'un grand secours pour le diagnostic. Malheureusement ce Marocain m'a échappé aussitôt examiné.

Mais nous ne pouvons perdre de vue cette circonstance. Dans notre cas, la symétrie des lésions rend, comme le disait LÉLOIR, éclatant le rôle du système nerveux. La symétrie pourrait-elle appartenir à la leucodermie syphilitique, qui serait alors amenée comme la leucodermie par une altération des nerfs ? S'agit-il de troubles cutanés dus à des lésions nerveuses survenues sous d'autres influences ? C'est ce que je ne voudrais pas préjuger.

Si j'ai cependant cru devoir rapporter ainsi l'histoire de ce malade, c'est que l'étude de la leucodermie est encore bien incomplète. L'indolence complète de ce symptôme, son peu d'apparence sur les téguments naturellement peu colorés, expliquent cette lacune. La leucodermie peut cependant, comme le prouve mon observation, avoir une grande importance diagnostique. Car elle peut constituer le symptôme unique d'une maladie en voie d'évolution. Ce sera surtout l'œuvre de la patho-

---

logie des races colorées, pathologie en  
De même que la mélanodermie s'appre  
peau blanche, la leucodermie est bea  
feste sur les individus colorés. Peut  
recherchera sur des Européens, la ti  
beaucoup plus souvent.

---

**Des rapports qui existent entre la copi**  
par le Docteur Ingelrans

---

A la séance du 23 juin dernier de la  
*Médecine du Nord*, M. le docteur Oui a d  
de deux accouchées, ayant présenté  
température consécutives à de la cons  
remarquer que, malgré la fréquence de  
classiques négligent d'en parler. Ils  
rapport étroit avec ce qu'on voit après les  
cologiques, où l'hyperthermie est fréque  
le quatrième jour et cède aisément à un

Pourquoi la fièvre survient-elle dans  
spéciales, alors que la constipation hab  
mine pas l'apparition ? Qu'on ouvre les  
dictionnaires, et l'on verra, en effet, c  
rendue coupable de bien des méfaits, ne  
fièvre à l'actif de son tableau clinique, au  
D'autre part, la constipation, si fré  
vieillards, ne les empêche pas, bien des  
une température inférieure à la norma  
cours de la grossesse, même observati  
pation ordinaire, sans fièvre.

Puisque l'évacuation de l'intestin fait e  
fébriles, on est amené à incriminer la  
partie des matières intestinales pour ex  
passe. Le contenu intestinal est, on le s  
toxique; le tube digestif, suivant l'expres  
est un vrai laboratoire de poisons. L  
toxiques par les matières minérales  
première ligne; les 800 à 1.000 grammes  
versés quotidiennement dans l'intestin  
les matières colorantes et les sels bili  
factions qui se développent dans les rés  
engendrent du poison; enfin, les matière  
leur toxicité, pour la plus grande part.  
l'ammoniaque, et, pour une autre part,  
principes organiques, y compris les princi

Une très grande partie de tous ces cor  
résorbée à l'état physiologique. Mais ils r  
sur leur route et l'on sait toute l'importa  
dans la destruction des produits nocif  
action protectrice. Le reste est éliminé  
l'urine lui doit beaucoup de sa toxicité.  
constamment des poisons, mais ceux-ci



èvre  
à la  
rave  
ne  
tion  
chez  
je la  
Nous  
ez les  
ales-  
luire  
  
1899,  
grave  
cons-  
a un  
ature  
uatre  
ivelle  
1. Les  
suite  
1. Les  
érées  
  
ar la  
ation  
  
estion  
ft für  
es cas  
occa-  
ectale  
int de  
es, la  
es qui  
e, les  
s qui  
ant le  
fécale  
t des  
fièvre  
  
out de  
is, il y  
eures.

antécédents héréditaires connus, elle ne présente dans ses antécédents personnels rien d'anormal ; vie génitale commencée à 15 ans, achevée à 48 ; mère de huit enfants, dont quatre morts de convulsions ; un paralytique général, les trois autres sont bien portants.

Elle n'avait jamais fait de maladie sérieuse à sa souvenance quand, quelques jours avant son entrée, elle ressentit des douleurs dans les membres, éprouva une lassitude générale et eut un peu de fièvre ; un peu de toux survint, graduellement plus fréquente, qui se doubla vite d'oppression par accès.

A l'examen, faiblesse marquée ; toux fréquente ; crachats abondants et visqueux ; thorax très bombé, emphysémateux, amaigri ; respiration humée, râles sibilants et ronflants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons.

Du côté de l'appareil circulatoire, intermittences très prononcées : à l'artère radiale, peu élastique, toutes les quatre ou cinq pulsations, arrêts prolongés ; au cœur, faux pas mais non aussi fréquents qu'au poulx.

Rien d'anormal aux autres appareils, notamment pas trace d'albumine dans l'urine. Ce cœur boiteux, manifestement mal innervé, appelait l'intervention, plus que la bronchite grippale ; nous ne faillîmes pas au devoir de le fouetter vigoureusement par la caféine : le résultat fut que la bronchite s'améliora rapidement ; les râles sibilants et ronflants disparurent au bout de quelques jours, l'oppression diminua parallèlement.

Et le cœur, grâce à la dose quotidienne d'un gramme de caféine en potion, se remit en peu de temps ; le poulx, de faible et intermittent qu'il était, redevint bien frappé et régulier.

Par oubli, pendant onze jours l'administration de caféine fut maintenue à cette dose d'un gramme. Au bout de ce temps, la malade présentait aux mains, deux fois par jour et à peu près aux mêmes heures, le matin vers six heures et le soir vers cinq heures, un état tout particulier de sa vascularisation.

Le 24 avril, la teinte cyanotique de ses mains attira notre attention à la visite ; l'une et l'autre main jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du poignet, étaient violacées, moins sèches et ridées que la veille. à la pression survenait une tache blanche, lente à disparaître. Le lendemain, l'état était le même. Questionnée, la malade nous dit qu'elle avait pendant plus d'une semaine ce symptôme. Et pressée de nous dire comment venait et finissait l'accès « mes mains deviennent froides, impossible de les réchauffer, le bout de mes doigts est bleu, de ce que je puis toucher, mes mains deviennent rouges, voyez, et au bout d'une heure reviennent à l'habitude ».

Les limites de cette cyanose dépassaient jamais le poignet, le siège, bien atténué comme étendue, de semblaient n'être que des taches naires. Jusqu'alors, la ma-

avril  
Sans

de cette façon. Soupçonnant la caféine d'avoir fait éclore cette crampe vaso-constrictive, je fis dès le 25 avril diminuer sensiblement la dose, et 30 centigrammes par jour seulement furent donnés ; jusque vers le 1<sup>er</sup> mai, les phénomènes asphyxiques gardèrent leur intensité première, se reproduisant deux fois par jour, occupant les deux mains ; puis les territoires asphyxiés furent moins grands, les douleurs moindres. Le 8 mai les doigts seuls s'engourdissement, depuis les articulations métacarpo-phalangiennes jusqu'au bout, sans la même régularité dans l'heure des accès. Le 13 mai, toute caféine fut suspendue, le cœur resta en bon état les jours suivants, les accès ne se reproduisirent plus.

L'asphyxie locale des extrémités est typique dans l'observation ci-dessus avec ses accès et ses interruptions, sa symétrie tant aux mains qu'aux pieds ; point n'est besoin d'insister sur la légitimité de ce diagnostic.

Je ne crois pas que la littérature médicale contienne d'observation d'asphyxie locale des extrémités reconnaissant pour cause une médication par la caféine ; il m'est donc impossible de comparer le cas que je rapporte à un cas semblable, pour étayer d'un précédent le rapport que j'ai établi entre le symptôme asphyxie locale et la cause supposée la caféine.

Néanmoins, je crois devoir maintenir ce rapport à raison de cette notion classique que la caféine augmente la tension artérielle et stimule en même temps le tonus des petits vaisseaux ; le spasme vasculaire qu'est l'asphyxie locale peut donc sans inconvénient être admis ici comme engendré par la caféine, d'autant qu'il s'agit d'une athéromateuse. D'autres raisons existent aussi pour que ce ne soit pas une autre cause que la caféine qui intervenait pour amener cette crampe vaso-constrictive : le froid, dont l'action est incontestable sur le début de ces accidents, n'entrait pas ici en ligne de compte, pas plus que le traumatisme, les névroses, les maladies du système nerveux, le paludisme, la néphrite, le diabète, le saturnisme n'étaient pas soupçonnables ; l'athérome, la myocardite scléreuse, la grippe pourraient être incriminées cependant comme cause. J'estime que l'athérome et la myocardite, bien que réels, mais peu accentués chez le sujet, n'auraient pas attendu ce moment pour déterminer cette « claudication intermittente » ; j'estime d'autre part le poison grippal, à en juger par la gravité clinique que son atteinte a revêtue, insuffisamment virulent pour avoir pu, à lui tout seul, causer ce mal. Aussi, si athérome et grippe ont joué un rôle dans cette asphyxie locale, ce rôle est-il

celui  
accor  
duct  
l'am  
caféi

**B**

**A**  
urin  
oxyd

**A**  
LERI  
et le  
sueu  
acid

**S**  
et Ci  
la l  
acqu

**S**  
l'hy  
—  
chez  
deu

**SOCIÉ**

**M**  
hém  
une  
rem  
prés  
plét  
acc  
depo  
lègè  
tout  
son  
sign  
com  
per  
yeu

te  
e à demi sec-  
émité terminale  
blètement fermé  
ticulier de gué-  
l'appendice : le  
, est en voie de

sur le moment  
s étrangers de  
par ces mots de  
nent chirurgical  
et médecin. »

termie  
e M. Gros, de  
le leucodermie,  
bservée sur un  
anifestation soit

ix cas de fièvre  
apportés devant  
éressante étude,

d'un travail sur  
la FRAMBOISIÈRE.

use  
ci très peu étudiés  
ans doute à ce que  
naissance n'aiment  
aire physiologiste.  
à M. J. H. LEBBA  
ligieuse à laquelle  
p des hommes de  
de répondre et l'un  
analyse du « moi »

bon Saint-Augustin  
mplètes que celles  
nables cependant.  
ertain nombre de  
erment des détails  
lles ont un cachet  
été à peu près la  
re chronologique,  
de désordre ; les

futurs convertis s'accusent d'un grand nombre de vices, dont le plus fréquent est la boisson. Ils ont eu non seulement la conviction qu'ils étaient dans le péché, mais encore le sentiment profond du péché. Suivant les idées de l'individu, ce sentiment conduit à des conséquences différentes ; pour les uns, c'est la conviction que Dieu, le Juge suprême, les a condamnés pour leurs fautes ; en général, c'est l'effet de l'éducation religieuse. Chez les autres, on ne trouve pas l'idée du démerite, de la condamnation prochaine, et le désir du pardon ou la peur de l'enfer ; ceux là sont plus près de la nature ; ils ont seulement le sentiment de leur misère physique et morale, de leur impuissance, et le besoin d'être aidés, secourus ; Dieu n'est pas un juge, mais un Sauveur. M. A. BINET, à qui nous empruntons l'analyse du travail de M. LEBBA (*Annales psychologiques*), croit, pour sa part, que cette distinction ne repose pas tant sur l'éducation religieuse que sur la forme double du sentiment religieux, amour et crainte, sur la prépondérance que prend une de ces formes suivant le tempérament de l'individu.

Il semble résulter de l'enquête que le sentiment de la peur n'est pas une cause plus fréquente de conversion que le sentiment de l'amour. Après la description des désordres, les correspondants expriment de diverses manières les efforts de volonté qu'ils ont faits pour changer d'existence, et leur insuccès ; par exemple, après une ivresse, ils ont résolu de ne plus boire ; ils sont restés sans boire pendant plusieurs jours, parfois des semaines, puis la passion du vice a pris le dessus. Il y a eu toute une série d'efforts douloureux, qui n'ont pas abouti et ont convaincu le malheureux d'impuissance ; il en est arrivé à désespérer de lui-même et à comprendre que, sans le secours de Dieu, il ne pourrait pas être sauvé. Cette série d'émotions forme la première partie de cette conversion : c'est la période de dépression, qui se termine par le désespoir et par la sensation d'impuissance.

La conversion proprement dite ne résulte pas, comme on pourrait le croire à première vue, d'une volonté, dont le converti pourrait se fonder. Pour la conversion, il est entièrement passif. Sans le sang de Jésus-Christ, c'est l'Esprit-Saint, ce pouvoir supérieur qui accomplit la conversion. Ce qui laisse aller, il s'abandonne, il renonce à son instrument. C'est l'état mental qui est observé, et l'auteur n'a pas de peine à constater l'état de grâce, tel qu'il a été formulé et qui consiste dans une action divine sans coopération humaine. Ce n'est nullement la règle dynamogénique qui aide ; la règle qui pousse à l'action, le démerite et l'existence du libre arbitre suppose, au contraire, l'impuissance de la volonté, l'idée que Dieu accorde sa grâce par son bon plaisir, et que par conséquent il n'y a pas un mérite pour celui qui la reçoit. On peut constater que cette conception religieuse est d'imagination, mais repose sur la réalité. En effet, ces sentiments qui forment la conversion.

Le moment où la conversion se réalise est à un quart d'heure près ; ce n'est

insensible, c'est une action soudaine, qui saisit et étonne, elle peut avoir lieu dans l'isolement, souvent pendant la nuit, ou bien pendant le jour, au milieu d'amis, de compagnons du travail. Parfois, on entend une voix qui admoneste, conseille, ordonne de prier, on répète quelque verset de la Bible; il y a eu aussi, mais plus rarement, des visions; parfois aussi, des sensations physiques d'un caractère indéfini. Mais ce qui ne manque jamais, ce qui constitue, à proprement parler, la crise, c'est un état émotionnel d'une violence inouïe, qui secoue tout le corps, fait verser des larmes; c'est avant tout un état d'exaltation joyeuse, d'amour débordant pour Dieu, avec le sentiment qu'on est complètement transformé, et qu'on commence une vie nouvelle: et dès ce moment, en effet, toute l'orientation de l'existence est modifiée; la vie de désordre se supprime presque sans aucune exception. C'est bien par ce résultat pratique qu'on peut juger de l'intensité de la crise. Suivant les pays et les milieux, la conversion peut amener des changements d'existences bien différents, mais psychologiquement son effet est presque toujours le même. L'intelligence, pas plus que la volonté de l'individu, n'a de part à la conversion; ce n'est pas par des arguments intellectuels qu'on a entendus ou qu'on a trouvés soi-même qu'on arrive à accepter telle idée religieuse; on ne pense nullement à raisonner; la conversion vient d'un acte intérieur, effectif, on est converti parce qu'on sent autrement qu'on ne sentait avant d'être converti, et les arguments des sceptiques ne font rien sur le croyant, parce qu'ils ne le touchent pas. (La Médecine Moderne.)

### Un jugement scandaleux.

De notre excellent confrère, L. LEREBOUT, ces trop justes réflexions à propos d'un jugement récent (*Gazette Hebdomadaire*, 30 avril 1899):

Parmi les nombreuses affaires qui sont soumises à notre examen et à celui de nos conseils judiciaires, je crois devoir en signaler une qui prouve, tout au moins, de quelle singulière façon certains magistrats apprécient les mœurs et l'honnêteté du corps médical. Il s'agit, en l'espèce, d'une simple revendication d'honoraires. Un individu atteint de cataracte profite de la présence à Joigny d'un oculiste venu de Paris pour se faire opérer par celui-ci. Il charge son médecin ordinaire de négocier avec l'oculiste parisien les conditions les plus favorables. Le prix de l'opération est arrêté à 300 francs. Mais le médecin ordinaire est chargé des soins consécutifs et des pansements. Il réclame les honoraires qui lui sont dus pour ces soins et pour d'autres visites et fixe le total de ces honoraires à 96 francs. Cette somme lui est refusée, le client affirmant que le chiffre de 300 francs, fixé au préalable, comprenait tout: visites et conseils avant l'opération, assistance à l'opération, soins consécutifs — et rémunération du chirurgien oculiste. On va en justice de paix, et, dans un jugement qui, nous l'espérons bien, sera apprécié comme il le mérite, le juge de paix de Joigny fixe à 14 fr. 80 les honoraires du médecin traitant: Attendu, est-il dit par ce magistrat, « qu'en effet le prix des opérations se règle généralement sur la fortune et d'après leur position sociale (sic); que le prix d'une cataracte dans son ensemble varie de 200 francs à 300 francs et que ce prix est toujours partagé avec le médecin ordinaire chargé des

pansements et soins con-  
2/3 pour l'un et 1/3 pour  
que le Dr L..., a donc dû  
300 francs versée par C..

Ainsi donc voici un ma-  
tomie est une pratique ha-  
qui prétend fixer aussi —  
opération de la cataracte  
sera flétri comme il mérit  
bunal devant lequel revie

## INTÉRÊTS

### Le secret médical y témoi

Deux devoirs, on le sait  
les tribunaux pour y ré-  
répondre aux interrogati-  
secret professionnel. Co-  
cilier l'accomplissement  
sur laquelle les opinio-  
néanmoins toujours ac-  
peut se trouver, un jour  
parti, à ses risques et pé-

Notre intention n'est p-  
dont on trouvera les élé-  
decine légale ou de déco-  
seulement que, du côté  
principales ont été pro-  
devoirs sus-indiqués pri-

Avant tout, chacun de-  
un devoir social auquel  
cantonnant sur le terrai-  
posé, une autre solution  
sionnel avant le devoir  
du secret professionnel  
ne doit révéler au juge  
tendre. Enfin, une sol-  
souverain arbitre du ra-  
pellé par le juge, le  
répondre, suivant les in-

Quelle est de ces trois  
médecin, lorsqu'il sera  
la barre d'un tribunal?  
médecin doit prendre p-  
que sa conscience n'est  
de loi sanctionnant cha-  
que sa responsabilité  
engagée soit par son  
contraire au secret pro-  
perplexité et de lui fo-  
nous voudrions porter  
rendre la Cour de Cass-  
1899).

outait : « La loi a imposé aux personnes dépositaires de confidentiels, à raison de leur profession, l'obligation du secret comme un devoir étroit de leur état, et elle a attaché à cette obligation une sanction pénale. Elle a considéré la violation du devoir professionnel en lui-même, et indépendamment du mobile qui l'a fait violer ou du préjudice qui a été causé; elle a voulu, dans un intérêt d'ordre public et de moralité supérieure, assurer d'une manière inébranlable la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions pour maintenir le repos des familles qui ont été amenées à révéler des secrets, par suite de cette confiance nécessaire. » Plus loin : « Quel est le caractère que doivent présenter les faits dont le secret est prescrit par l'art. 378 ? Ils faut qu'ils aient été confiés sous le sceau du secret ou, à défaut de cette condition, qu'ils soient secrets de leur nature et que la connaissance en soit acquise par le dépositaire dans l'exercice de sa profession. La plupart de vos arrêts ne distinguent pas entre les faits confidentiels et s'attachent uniquement à la circonstance qu'ils ont été confiés dans l'exercice de la profession. Cette interprétation, d'ailleurs, s'impose; car s'il en était autrement, la sanction du malade, du plaideur, serait le plus souvent trompée et l'art. 378 ne les protégerait que d'une manière très incomplète. Les faits secrets de l'art. 378.

En résumé, conformément à ces considérations, les principes suivants :

1° Attendu que la disposition de l'art. 378 est absolue et qu'elle punit toute révélation, sans qu'il soit nécessaire qu'il y ait intention de nuire; 2° Que les termes de la prohibition ont été conçus;

Attendu qu'en imposant à certaines personnes l'obligation du secret pénale, l'obligation du secret de leur état, le législateur a entendu protéger dans l'exercice de certaines professions des familles, qui peuvent être amenées à révéler des secrets par suite de cette confiance et de protection ne sera pas à réprimer les révélations faites par toutes les autres personnes; 3° Que la révélation a été faite sans intention de nuire; 4° Que récemment, la Cour de cassation, dans un arrêt du 13 juillet 1888 (S. 88, 1, p. 322). Il y était dit que l'art. 378 souffre aucune exception ». En conséquence, reprenait M. DESJARDIN, la Cour suprême, par sa décision vague et générale, le juge a méconnu le principe du secret professionnel et, au lieu de s'occuper de l'ignage sur un fait professionnel, il a voulu, au moins, rechercher si la révélation avait été faite avec connaissance et si elle ne porta

nature. On pourrait soutenir que son art est légal.

J'incline à penser qu'il vous est permis parce que l'arrêt attaqué indique clairement qu'il porte sur « un fait professionnel ». Or l'art professionnel vous appartient. Peut-être su que le docteur F... a révélé un fait, l'examen urinaire, dont il avait acquis la connaissance de sa profession. Votre arrêt serait encore plus précis si vous précisiez que le fait était « secret de

Je conclus à la cassation d'autant plus qu'il porte de maintenir plus énergiquement l'obligation du secret professionnel. L'honneur des professions est en jeu. Il y a des obligations auxquelles rien ne doit prévaloir. »

Ces conclusions ont été consacrées, le 1<sup>er</sup> août suivant :

La Cour : — Vu l'art. 378 C. pén.

Attendu que les conclusions prises en fait demandaient à la Cour de « dire et juger que dans l'enquête par le docteur F... constitué pour le secret professionnel d'ordre public, imposé par la loi, les faits révélés n'ayant pu être connus de sa profession de médecin ; qu'en conséquence les juges ne pouvaient baser leur décision sur ce qu'il constituait la violation d'un principe d'ordre public, un acte délictueux »

Attendu, qu'à cet égard, les juges du fait ont répondu que « quelque étroite que soit l'obligation du secret professionnel, il n'enlève pas à la partie intervention duquel est apporté un témoignage professionnel, le droit de demander à cette dernière la preuve pour la manifestation de la vérité de poursuivre » ;

Mais attendu qu'il résulte des constatations du fait, secret de sa nature, sur lequel le docteur F... a déposé, n'avait pu être connu de lui-même, qu'il avait donné à son client, et que, par conséquent, il était interdit de le révéler :

Attendu que le témoignage d'un médecin fourni au mépris de la prohibition édictée par la loi ne saurait servir de fondement à une décision ; qu'en décidant le contraire, l'arrêt attaqué a violé la loi ci-dessus visée ;

Casse l'arrêt de la Cour de Paris du 6 mai 1900.

Concluons nous-mêmes. Aux yeux de la loi, qui est la Cour régulatrice de la jurisprudence, en pratique, la doctrine finit par l'obligation de tous ordres, — l'obligation du secret professionnel prime l'obligation de témoigner en justice ; dont le médecin n'a pu avoir ou n'a eu conscience de sa profession ou dans l'exercice de sa

Dans l'espèce sur laquelle est intervenu l'arrêt que nous venons de signaler, le docteur D... nous, se refusant à déposer. Il ne l'a pas pu, peut-être pas jusqu'à dire qu'il puisse



# L'ÉCHO MÉD

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche M

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants ; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédard, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphilligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

MM. Deléarde, professeur de physiologie, Dubar, professeur de clinique agrégé ; Kéraval, tiers ; De Lapersonne, professeur de clinique ; Looten, médecin (Valenciennes), médecin ; Moty, médecin ; Oul, professeur agrégé ; Surmont, professeur

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique cl

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, .

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque cha

### SOMMAIRE :

Congrès français de Médecine, V<sup>e</sup> Session, Lille 1899. — Discours de M. Grasset. — Rapport de M. le Professeur Combemale — Ordre du jour. — Statistique de l'Office sanitaire de Lille.

## Congrès français de Médecine

V<sup>e</sup> SESSION — LILLE 1899

Le cinquième Congrès français de médecine s'est ouvert vendredi 28 juillet, à dix heures du matin, au Palais Rameau.

La salle était bien aménagée, décorée de drapeaux et de plantes vertes.

Un grand nombre de médecins français et étrangers assistaient à la séance d'ouverture.

Sur l'estrade avaient pris place : M. le professeur GRASSET, de Montpellier, président du Congrès, ayant à sa droite M. DELORY, maire de Lille, et à sa gauche M. DE LAPERSONNE, doyen de la Faculté de médecine.

MM. LEMOINE, président du comité d'organisation ; COMBEMALE, secrétaire général du Congrès ; RENAULT, de Lyon ; HUCHARD, de Paris ; PITRES, de Bordeaux ; MOSSÉ, de Toulouse ; CALMETTE, DESPLATS, DEBIERRE, PEUGNIEZ, MOTY, etc.

A dix heures, M. GRASSET déclare le Congrès ouvert. M. DELORY, au nom de la Ville de Lille, souhaite la bienvenue aux Congressistes.

M. LEMOINE prend la parole. Il rappelle le rôle de l'université de Montpellier, dont s'honore le professeur GRASSET, la bonne organisation du Congrès, comme Montpellierien, et renvoie à l'histoire de la médecine un héritage scientifique jeune des universités vivaces de la Flandre, de la capitale propre, et des universités qui l'ont précédée. Le professeur GRASSET termine en France au Congrès suivant :

MESSIEURS

Il suffit de rappeler le nom de l'université française de médecine POTAIN, BOUCHARD, pour prendre, sans autre préambule, presque la confusion de présider votre cinquième session.

Je sais que la plus belle Faculté de Montpellier vous accueille avec sa cordiale réception.

Mais je n'en considérerai pas moins de ma carrière scientifique le salut de l'université du Nord qui vous offre un beau fleuron à l'annuaire de la capitale des Flandres.



rester la méthode scientifique et vraiment féconde de toute la médecine du XIX<sup>me</sup> siècle.

En second lieu, il dégagait les phénomènes vitaux, montra que la vie a son autonomie et ses lois, que l'être vivant réagit par lui-même, à sa manière, dans son unité indépendante, vis-à-vis des éléments étrangers et des causes de maladie. En fondant ce large vitalisme que nous verrons reparaître, après des fluctuations, à la fin même de ce siècle, il fonda, à proprement parler, la Biologie qui est la science de la vie.

Cette dernière gloire, BICHAT la partagea avec BARTHEZ.

Car BICHAT, comme BARTHEZ, étudie l'être vivant à part, montre ses réactions vis-à-vis du monde extérieur, et quand il définit la vie « l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort » il proclame le vitalisme et crée, lui aussi, la Biologie.

Mais en même temps (et ceci est sa gloire propre) il fonde l'Anatomie générale.

Il ne se contente plus d'étudier les organes, les uns après les autres, comme des individualités distinctes; il étudie les éléments communs à ces divers organes, il crée la « science des parties similaires »; « le premier, il introduit dans la science la notion des tissus, c'est-à-dire d'éléments différents qui, par leur réunion, constituent des organes plus ou moins complexes et possédant des propriétés variables. »

Et, ces tissus, il les étudie et les décrit aussi complètement qu'on peut le faire sans microscope.

Et il voit l'importance de ce groupement par systèmes à l'état morbide comme à l'état normal : il crée ainsi du même coup l'anatomie générale et l'anatomie pathologique générale.

Ainsi s'ouvrait brillamment pour la médecine ce XIX<sup>me</sup> siècle que la Révolution française et une profonde évolution littéraire séparent du XVIII<sup>me</sup> siècle et qui constitue vraiment une époque nouvelle dans toutes les branches des connaissances humaines.

A ce moment, Madame de STAËL écrit qu'« il faut avoir l'esprit européen », et, suivant l'expression de THÉOPHILE GAUTIER, CHATEAUBRIAND « trouve la grande nature fermée » : c'est la naissance du romantisme, de cette grande École littéraire qui réagit contre l'imitation, base de l'École classique, et veut que la France, « par sa littérature à elle et non d'emprunt, soit originale dans la forme et les idées depuis longtemps dans le fond. »

La première grande explosion des sciences avec LAPLACE et MONTESSIER, puis CHAPTAL, CUVIER, LAMARCK, GÜTTMANN.

Mais bientôt l'épanouissement dans tous les sens.

L'année de la découverte de LAZARUS, MAISTRE et de BONALD ont plu; BIRAN, PAUL-LOUIS COURRIER, STENDHAL sont dans la force d

PROSPER MÉRIMÉE, GEORGE SAND et SAINTE BEUVE ne sont que des adolescents, GUIZOT, VILLEMEN, LAMARTINE, COUSIN, CASIMIR DELAVIGNE, AUGUSTIN THIERRY, MIGNET, ALFRED de VIGNY, MICHELET et BALZAC ont atteint ou dépassé vingt ans.

Quelle pléiade !

En médecine, les Écoles de santé ont été fondées à Paris, Montpellier et Strasbourg, et l'Université de France vient d'être créée. La première période de fondation de la Biologie et de l'Anatomie générales que nous avons incarnée dans BARTHEZ et BICHAT est terminée et une deuxième période s'épanouit, que nous pouvons appeler *la première École clinique française du XIX<sup>me</sup> siècle*.

### II

La première Clinique française avait été fondée à Montpellier, par BAUMES et par FOUQUET et y était représentée par CHARLES-LOUIS DUMAS.

A Paris, le premier professeur de Clinique médicale est CORVISART. Ce grand médecin fait connaître en France et perfectionne la percussion qu'AUENBRUGNER avait découverte 25 ans avant, mais qui est restée peu connue et peu répandue, même en Autriche. En même temps, il fonde l'étude clinique des maladies du cœur que, la veille encore, PORTAL déclarait impossible.

Après ces précurseurs, qui marquent simplement la voie, apparaît la grande figure de LAËNNEC, dont le nom domine et personnifie, en quelque sorte, toute cette première École clinique.

Une découverte comme celle de l'auscultation suffit à établir une gloire et à immortaliser un nom. Mais pour établir la pérennité de cette gloire, il faut encore que l'auteur ait non seulement trouvé, mais qu'il ait porté sa découverte à la perfection, « moissonnant à pleines mains dans ce nouveau champ d'observation et laissant à peine de quoi glaner à ses successeurs ».

C'est ce qu'a fait LAËNNEC et c'est pour cela qu'on peut le classer parmi nos gloires nationales.

LAËNNEC a écrit, d'une manière définitive sur bien des points, le chapitre entier de la Pathologie des voies respiratoires et, en même temps, il l'a fait aussi, de haut, avec les idées élevées et générales qui caractérisent le grand médecin.

Lui, que nous verrons si puissant anatomopathologiste, il cherche et trouve l'état général, l'état de l'organisme vivant pris dans son unité, derrière les états locaux qu'il analyse cependant si bien, et cela qu'il s'agisse des maladies chroniques ou des maladies aiguës. Cela le fait appeler par BROUSSAIS « l'amant du vague et de l'insubstantiel » et le fait traiter de sophiste et d'« ontologiste ». Comme la distance rapetisse la valeur de ces discussions dans lesquelles un sarcasme ou une injure, souvent applaudis par la foule du

de BERNARD « embrasse presque tout le domaine de la biologie. Elle est marquée, dans chaque branche, par une découverte importante. Les deux découvertes, tout hors de pair, sont relatives à la fonction glycogénique et aux nerfs vasomoteurs, constricteurs et dilateurs. Là, il a tout créé et son œuvre reste définitive ». Plus, il a fondé la physiologie générale : « il a opposé à l'induction,.... qui arrêtaient à l'homme les lois de l'animalité, une vision plus large de la généralité essentielle des phénomènes de la vie, de l'homme à l'animal et de l'animal à la plante ».

Il est ainsi « l'inventeur et le législateur de la science physiologique ». On a même pu dire qu'il fut « la physiologie même ».

Même plus de raison encore, on doit dire qu'il fut un philosophe.

Non seulement il proclame utile et nécessaire l'union de la science et de la philosophie, mais, à côté et en dehors de la science, il analyse si bien le déterminisme, il proclame la nécessité des idées générales. Il complète ainsi, par la méthode expérimentale, l'induction Baconienne, trop étroitement envisagée par beaucoup.

Il est ainsi qu'il comprend et caractérise la vie par « une créatrice qui se développe et se manifeste par l'organisation » et par la loi d'évolution qui est le trait le plus marquable des êtres vivants et par conséquent de la vie ». Tout en connaissant et analysant les rapports intimes et complexes qui unissent le monde vivant et le monde inorganique, il montre que « les sciences biologiques se soudent avec les sciences naturelles et physiques », mais ne se confondent avec elles.

Il proclame « ce qu'il y a de spécial dans les manifestations de la vie » en même temps qu'il étudie « ce qu'il y a de commun à l'action des forces générales ».

Il est pour cela que nous le plaçons parmi les vitalistes et que nous le proclamons le fondateur du vitalisme au XIX<sup>e</sup> siècle.

Et son action ne s'est pas limitée à la biologie : il a mis son influence au service de la littérature générale. Il a fait revivre le « monde » ; il a inspiré les écrivains ; il a fait revivre les « esprits cultivés » ; il a fait revivre les « esprits jadis » ; il a fait revivre la littérature générale.

On peut même dire qu'à son époque « comme en France ».

Il faut avoir une idée de ce qu'il a fait, il suffit de se rappeler son âge, entre Auguste Comte de Lisle, Flaubert, le romantisme n'avait





homme, prouve bien l'importance et l'étendue de l'œuvre.

Pour la célébrer, « tous les mots ont déjà été employés dans toutes les langues », comme le dit très bien le président de l'Académie des Sciences dans cette inoubliable séance du Jubilé, où toute la France et l'Univers entier se réunirent Pasteur entrant dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne au bras du Président de la République.

Aussi, trois ans après, lors des funérailles nationales faites à ce grand Français, alors que toutes les Académies, toutes les Sciences auraient pu prendre la parole et partager une part de sa gloire, le Gouvernement parla montrant que la France voulait le garder pour la France entière et affirmant, une fois de plus, « le grand français, l'unité de la gloire ».

Je ne tenterai donc pas l'effort impossible de « donner à l'éloge une forme nouvelle ».

D'ailleurs on en a reparlé éloquemment, ici-même, au pied du beau monument que vous avez inauguré pour perpétuer le souvenir, flatteur entre tous pour votre Université, du passage de Pasteur dans votre Faculté des Sciences.

Mais je crois qu'il appartient entièrement à moi de montrer rapidement comment l'œuvre de Pasteur se place dans l'évolution médicale générale du XIX<sup>e</sup> siècle, comment elle la complète magnifiquement.

Dans l'homme malade, objet des sciences médicales, il y a l'homme et il y a la maladie.

On a commencé (et c'était nécessaire) par étudier l'homme en lui-même : sa structure et ses fonctions normales et pathologiques, les troubles fonctionnels et physiologiques que la maladie entraîne chez lui.

C'est cette histoire, en quelque sorte subjective, de la maladie que le XIX<sup>e</sup> siècle avait faite jusque-là en accumulant découvertes et matériaux en anatomie pathologique, en physiologie, en sémiologie.

Ce mouvement avait été même si considérable et si rapidement fécond que, par une erreur d'optique faite à l'esprit humain, on avait cru tenir là et définir tous les termes du problème entier : on avait examiné l'homme malade, on n'avait vu que la lésion, le trouble fonctionnel produits par la maladie, on avait cru qu'il y eût une étude à faire de la maladie et de son agent pathogène en dehors de l'homme malade.

La clinique, retrouvant toujours la sagesse et la vérité au contact des faits, avait combattu et renversé ces conceptions et avait tout mis au point, acceptant largement toutes les données acquises, mais considérant aussi que tout n'était pas dit, qu'il y avait encore à faire l'étude de la maladie en dehors du sujet humain.

C'est cette lacune que PASTEUR est venu combler et c'est pour cela que d'emblée la médecine

rencontre ainsi et conserve son unité, son autonomie et activité propre, base même de la doctrine vitaliste.

l'homme n'est donc pas un terrain inerte de culture pour le microbe ; il faut qu'il l'accueille ; il est lui-même l'auteur de la maladie, qui redevient, non la vie d'un microorganisme, mais la lutte de l'être vivant contre l'agent pathogène. C'est l'être vivant qui est l'agent de la crise et de la guérison. C'est lui que la thérapeutique sollicite et fait réagir.

La microbiologie a donc ruiné ce qui pouvait rester de l'organicisme et de l'anatomisme et a restauré magnifiquement le vieux vitalisme en donnant à sa formule philosophique et synthétique ancienne une démonstration analytique et expérimentale : BARTHEZ l'a formulé à l'entrée du XVIII<sup>e</sup> siècle, LAËNNEC l'a analysé chez l'homme malade, CLAUDE BERNARD, chez l'homme bien portant, et PASTEUR a découvert l'agent pathogène et le mécanisme de son action, chaque nom étant pris pour personnifier en quelque sorte une école et une époque.

Arrivé au terme de cette Revue historique, dont l'intérêt n'est pas de seul faire pardonner la longueur, je crois pouvoir dire que la Science médicale de France n'a pas fait banqueroute au XIX<sup>e</sup> siècle.

Le reste, Messieurs, la Science ne peut paraître faillir à ses engagements que quand on a la sottise prétention de la faire sortir de son rôle et quand on oublie notamment que le « physique » et le « métaphysique » diffèrent par un petit préfixe qui dissimule un fossé.

La magnifique accumulation de faits nouveaux que nous avons signalée met notre siècle au-dessus des précédents et fait sa grandeur, on peut dire que sa vraie caractéristique et son utilité viennent de cette belle évolution, documentée et rationnelle, que nous avons caractérisée dès le début, en disant qu'elle a conduit du vitalisme philosophique et synthétique de BARTHEZ et de BICHAT au vitalisme expérimental et analytique de LAËNNEC, CLAUDE BERNARD et PASTEUR.

Il ne faut donc, dans cette permanence, que chercher à exprimer la doctrine la plus moderne par les méthodes les plus modernes, à preuve d'un piétinement, comme des écureuils sur des branches mortes.

Il faut plutôt y voir la solidité des dogmes acquis, la foi établie, est complétée, par les découvertes ultérieures, par les découvertes ultérieures de la médecine traditionnelle, les faits nouveaux apparaissent comme rayons de nouvelles conquêtes.

Enfin dit, et c'est mon dernier mot de l'œuvre médicale de

n'est-ce pas un spectacle patriotiquement réconfortant de constater et ne pouvons-nous pas dire qu'en somme la Médecine française a bien mérité de la Patrie à cette époque !

Si de simples médecins osaient se permettre les mêmes familiarités qu'un Académicien, ils pourraient dire LEGOUVÉ : « Allons, mon cher dix-neuvième siècle, peux-tu mourir, tu as bien accompli ta tâche ! »

Ce remarquable discours soulève un tonnerre d'applaudissements.

M. le professeur COMBEMALE, secrétaire général du Congrès, donne ensuite lecture de son Rapport :

MESSIEURS,

La tâche, que le Congrès de Montpellier a posée à la sollicitude du Comité local d'organisation, en choisissant Lille comme siège du V<sup>e</sup> Congrès français de Médecine, nous est apparue d'abord comme difficile et ardue. Depuis près de trente ans en effet, Lille ne s'est tenu dans ses murs d'autre réunion savante, que celle de l'Association française pour l'avancement des sciences en 1874, et, si les sciences dans cette région du Nord sont en honneur, surtout dans leurs applications à l'industrie et à l'agriculture, PASTEUR, DAVAIN, KUHLMANN, comme de nombreux disciples et d'enthousiastes admirateurs de leur milieu universitaire n'y a pas poussé ces profondes racines d'où dans d'autres pays surgissent, nombreuses et ardentes, les bonnes volontés quand il est question du renouveau de son Université. Aussi, Messieurs, semblait-il qu'avant votre Bureau devait suppléer à l'émulation que de longues années de vie universitaire n'ont pas développée dans la population, remplacer par son activité propre, la contagion de l'entraînement qui a tant contribué au succès des congrès précédents dans les villes où ils se sont tenus.

Or, nous avons la satisfaction de proclamer hautement que nos appréhensions étaient en partie infondues. Le Comité d'organisation du Congrès de Lille a rencontré à toutes les portes auxquelles il a frappé un plus bienveillant accueil, et ce lui est un devoir de dire plus doux à remplir de remercier ici toutes les collectivités et les personnalités qui ont apporté à l'œuvre leur concours moral et leur concours effectif.

Les autorités municipales, en plus d'une subvention importante, mettent à votre disposition, Messieurs, le magnifique Palais-Rameau, où nous inaugurons ce soir le Congrès, où vous recevra ce soir notre Comité d'honneur. Demain un banquet nous réunira entre confrères. Nos remerciements vont donc, sans phrases, au Comité municipal, ce premier artisan de notre succès.

Le Conseil général du Nord a aussi manifesté



La Société médicale des hôpitaux de Paris, nous  
l'honneur de déléguer un de leurs membres au  
vous garderez de cette délicate attention le  
souvenir et assurerez de notre gratitude les  
membres de ces illustres compagnies.

des discussions qu'appelleront les trois rapports  
l'ordre du jour qui vous a été distribué contient.

environ quatre-

vingts, pour lesquels

probablement de

intéressants, vous

ont tenté d'une vi-

sion ; mais ne né-

gligence scientifique

vous ne serez pas

bourdonnant et

malades, comme

les s, prémisses de

une œuvre immense.

En attendant, Messieurs

et nos efforts pour

l'inauguration. Nos

conceptions jaillira un

seul fois l'idée pre-

mière, je veux dire que

notre profession

l'ordre du jour de

## Vendredi

### SÉANCE

Présidence des Secrétaires

Président de la première

porteurs : MM.

### *Communications diverses*

KLEN et RABÉ (E)

ronique des oreilles

LARD et REGAUD

que des myocardi-

tes la diphtérie et

des chroniques de

classification diphtéri-

que fibre musculaire

des artères du cœur

MINIÉZ (Amiens) :

des tuniques artérielles

## Samedi

des très précises

MM. PITRES (Bordeaux) : Traitement du goître exomique par les injections d'éther iodoformé le parenchyme du corps thyroïde.

WEBER (Paris) : Note sur l'atrophie et l'hypophie de la fibre musculaire dans le cours myopathies chroniques dystrophiques.

INGELRANS (Lille) : Un cas de tabes conjugal.

DERVILLE (Lille) : Infiltration calcaire de la lésions de névrite.

DE BUCK et de MOOR (Gand) : Lésions des ce nerveuses dans le tétanos expérimental.

DOUMER (Lille) : Streptocoque et paralysie infan

P. PARISOT (Nancy) : Quelques considération la température dans la neurasthénie.

DRANSART (Somain) : Considération sur la genèse fonctions visuelles à propos d'un aveugle de sance de 19 ans guéri par une opération. Présentation du sujet.

*Amphithéâtre n° 2. — Suite de la discussion s première question : DÉMONSTRATION SUR PIÈCES MICROPIQUES DES LÉSIONS DES MYOCARDITES AIGUES, par M. le professeur RENAUT.*

MM. LICHTWITZ (Bordeaux) : Disproportion entre l'importance des empyèmes des cavités accessoires sur le vivant et sur le cadavre.

MM. BRA (Paris) : Sur le parasite du cancer.

SCHMELTZ (Nice) : Traitement rationnel du cancer

MONCORVO (Rio-de-Janeiro) : Néphrites associées paludisme dans l'enfance.

BALTUS (Lille) : La pleurésie interlobaire suppurée l'enfant.

CASTELAIN (Lille) : Le tubage dans la clientèle sans surveillance permanente.

COMBY (Paris) : La lithiase rénale chez les enfants

LAVRAND (Lille) : Erysipèle de la face à répétition pathogénie.

LEJEUNE (Bruxelles) : L'œuvre nouvelle : hygiène alimentation des bébés.

*Amphithéâtre n° 3.*

MM. SURMONT (Lille) : Rétrécissement mitral pur et d'air.

FÉLIX (Jules) (Bruxelles) : De la cure thermominérale dans le traitement des affections cardiaques.

CAUTRU (Paris) : Hypertension artérielle et mal du ventre : traitement de la pléthore abdominale





les Hôpitaux et de  
'admiration de tous

ussion très intéressante et HEYMANS sur les points suivants. (Nous donnerons plus tard des détails de ces importants

et HEYMANS firent  
remarquables l'un  
neux; l'autre, sur  
lte de soude sur le

et donnait, à l'Hôtel  
toute la bonne grâce

ture définitive du  
ie double avait été  
ux Mines de Lens.  
l-Pol-sur-Mer. Les  
fesseur COMBEMALE,  
vice-président des  
d'excursionnistes,  
ostume traditionnel.

nerveilles, faisaient  
e façon tout à fait

professeur LEMOINE, NBERGHE, Maire de rium de Saint Pol. é en détail et admiré orium, se rendirent srait gracieusement ts toasts furent très rêtait son concours, ire de Saint-Pol. Le ent Lille harassés, ns.

grès de médecine a  
teur en revient au  
argné ni son temps  
ns mieux faire pour  
iation d'un de nos  
rme) :

**ils doivent s'unir pour  
président du comité**

d'organisation, et le professeur COMBEMALE, secrétaire général. C'est à eux que l'on doit l'ordre parfait de toutes les cérémonies, l'emploi judicieux d'un temps toujours trop court, et la facilité avec laquelle chacun a pu accomplir la mission dont il s'était chargé dans ces assises de la science française. Grâce à eux, le Congrès a réussi, et il ne semblait pas, en les écoutant exposer le résumé de leurs travaux, qu'ils y aient pris de la peine. »

### Résumé du rapport de M. HUCHARD sur les myocardites chroniques

*Considérations sur les myocardites aiguës.* -- On voit trop souvent des myocardites là où il n'y en a pas. Au cours de la fièvre typhoïde ou de la grippe, il s'agit fort souvent de troubles dans l'innervation du cœur, bien plus que d'inflammation. Dans les infections, les troubles et les déviations du rythme cardiaque, la tachycardie, l'embryocardie, la bradydiastolie, certaines arythmies et allorhythmies, l'hypotension artérielle ressortissent à des troubles d'innervation cardiaque et à la terminaison par asystolie nerveuse. On commet une faute en confondant les symptômes d'une névrite avec ceux d'une myosite infectieuse et il n'est pas permis de perpétuer cette confusion au sujet du cœur.

*Myocardites chroniques. Généralités.* — « On n'est pas en droit, dit M. LÉPINE, de diagnostiquer une myocardite ; tout ce que les symptômes peuvent permettre de dire, c'est qu'il y a de la faiblesse cardiaque et il faut s'en tenir là. » En clinique cette phrase nous rejette à plus de cent ans en arrière ; en thérapeutique, elle réduit le médecin à faire le tômes. L'erreur de beaucoup est qu'un myocarde plus ou moins al seulement du cœur central, et n rique représenté par tous les vais du diagnostic viennent d'une fat myocardite chronique : rien, au facile que de reconnaître, à ses dét du cœur. Les myocardites chro auteurs ne sont pas des inflamm souvent des dégénérescences mus aux lésions coronariennes ; derri il faut voir l'atteinte de tout le s'

**Anatomic.** — Ce qui a contrit

question, c'est que le processus inflammatoire en même n'a pas de claire interprétation, même les traités classiques. Qu'il s'agisse de myocarde parenchymateux aiguë ou interstitielle, qu'il s'agisse de phlébite ou d'artérite, ce n'est pas le processus vasculaire de l'inflammation qui se montre d'abord. Partout, on peut reconnaître, comme phénomène primordial, le processus nécrobiotique, la réaction dégénérative. L'inflammation qui lui succède n'est que la réaction d'un élément organique.

Les maladies infectieuses peuvent donner naissance à des lésions cardiaques en foyers. S'il s'agit de lésion étendue d'un faisceau important de fibres cardiaques, on lui a donné le nom de foyer de myocardite parenchymateuse ; si, au contraire, il s'agit d'une tache de tissu conjonctif en voie de prolifération, c'est une myocardite interstitielle. Or, ces deux lésions peuvent se rencontrer isolément sur le même cœur ou dans le myocarde de deux malades ayant succombé à la même affection. Ne surprend-on pas, en pareil cas, la même lésion à deux phases différentes de son évolution ? Quel que soit l'agent causal, microbe ou toxine, sa pénétration dans l'intimité des tissus provoque toujours, à l'origine, une nécrobiose cellulaire ; la cellule détruite devient alors une épine inflammatoire et l'inflammation doit être considérée, dans les myocardites, comme un phénomène secondaire, transitoire. Il n'y a pas, au sens littéral du mot, une myocardite chronique procédant de la myocardite aiguë ou aiguë pour son compte. Il y a des lésions du myocarde à marche aiguë ou chronique, sur lesquelles le processus inflammatoire peut venir se greffer à titre de phénomène. Cependant, on a continué à décrire, sous le nom de myocardites chroniques toutes les hypertrophies conjonctives du myocarde et de toutes les dégénérescences de la fibre musculaire. On a même abusé de ce mot. Ne sait-on pas combien les myosites sont rares ?

Nous conservons cependant, jusqu'à nouvel ordre, le terme de myocardite, au lieu de myopathie cardiaque, pour l'appliquer à l'ensemble des altérations du myocarde (fibres, tissu conjonctif, vaisseaux, nerfs) qui se développent lentement et s'observent à l'autopsie des malades atteints de cardiopathie coronarienne ou valvulaire. On peut distinguer : 1° la myocardite en foyers ou sclérose dystrophique, ou artériosclérose du cœur ; 2° la sclérose diffuse rayonnante ou périfasciculaire, ou myocardite interstitielle.

gère, préparé par exemple, il intervenir nèse de l'hycœur rénal, d'un œdème les scléroses fondre avec stasiques ou ir cardiaque.

et dilaté. La ner au cœur, a tricuspide veinules et flets de cette gmentation culaire. Son . artificielle- stitielle. La à cette sur- lle dégénère ssu conjonc- l'origine de

sions provo- sive des dif- ts du cœur. n se traduit aires nobles ts d'organi- t celui d'une L'épaississe- , aussi bien

ltération du des cellules v qui, en se musculaires est due à la itres les cel- la forme du rnière étape ypertrophie rplasmique, ent. L'acide musculaire,

*Myocardites secondaires.* — La tuberculose du myocarde est secondaire à celle des autres organes. Elle se présente sous trois formes : granulations miliaires, masses caséuses et sclérose. La syphilis amène une myocardite gommeuse, scléro-gommeuse ou scléreuse. Il est utile d'appeler l'attention sur l'hérédosyphilis précoce ou tardive du cœur. D'autre part, l'aortite syphilitique est d'une grande fréquence et peut être associée à la myocardite. L'acromégalie appelle de nouvelles recherches au point de vue de ce qu'elle produit du côté de l'organe central de la circulation.

*Physiologie pathologique et pathologie expérimentale.* — Dans la plupart des cas, la lésion initiale est une dégénérescence musculaire et la prolifération conjonctive est secondaire. Ce qui domine l'évolution anatomique des lésions dans les myocardiopathies chroniques, c'est la nécrobiose primitive des tissus, c'est la dégénérescence ou la mort de l'élément noble. La nécrobiose devient ensuite le point d'appel de toute une série d'actes vitaux, de phénomènes de défense dont l'inflammation est une des variétés ou plutôt l'une des complications. Et ainsi la mort d'une fibre musculaire ramène un peu de vie autour d'elle. Désorganisation et organisation d'actes nécessaires et inséparables de l'existence.

**II. Clinique. Cardio-sclérose** clinique nous apprend qu'il existe une angiopathie avec ou sans sclérose a une phase de présclérose état d'hypertension artérielle artérielle. Cette notion a une importance pratique, car elle explique les excellents résultats de la thérapeutique de la seconde période cardio-artérielle l'endarterite des vaisseaux de l'artère coronaires et du myocarde. Enfin, la lésion artérielle, est constituée par l'artériosclérose cardiaque et des orifices cardiaques. L'artério-sclérose du cœur est due à des accidents d'hypertension, à la toxification. Toute cardiopathie est suivie d'une imminence de dilatation cardiaque angineux : souvent, on trouve des troubles arythmiques.

On peut admettre trois prin-

reuse ou sténocardique, arythmique et tachycardique, myo-valvulaire.

*Myocardites chroniques.* — Il en existe quatre types : sclérose hypertrophique ou interstitielle, segmentaire, granulo-graisseuse et veineuse. Toutes étant des affections locales, aucune ne présente les signes extracardiaques qu'on peut réunir sous le nom de stigmates de la cardio-sclérose. Leur symptomatologie n'est autre que celle des affections valvulaires mal compensées. La myocardite chronique est une maladie locale du myocarde, la cardio-sclérose est une maladie artérielle. Le cœur rénal de la néphrite interstitielle offre beaucoup de points communs avec cette dernière. C'est un cœur simplement hypertrophié par son ventricule gauche et la sclérose dont il est ensuite atteint n'est qu'un élément surajouté.

*Pseudo-myocardites.* — A la période terminale de la cirrhose atrophique du foie, on observe assez souvent, du côté de la circulation générale, des accidents graves provoqués parfois par une thrombose de la veine-porte ou de l'une de ses branches d'origine et les troubles circulatoires peuvent faire croire à l'existence d'une complication cardiaque qui n'existe pas. Les troubles d'innervation cardiaque réalisent plus ou moins complètement le syndrome myocardique. En Allemagne, sous le nom de cœur de bière, on décrit une forme de dilatation hypertrophique du cœur sans lésion du myocarde chez certains buveurs de Munich qui absorbent jusqu'à 10 à 12 litres de bière par jour. On a même vu survenir la mort en quatre jours par cardiectasie aiguë. Il existe un cœur uricémique qui peut aussi en imposer pour une inflammation musculaire de l'organe. Tout ceci et bien d'autres faits constituent une classe à laquelle on peut donner le titre de pseudo-myocardites, bien qu'il n'y ait pas de fausses maladies, mais seulement de faux diagnostics.

*Étiologie* — Parmi les causes diathésiques de la cardio-sclérose, il y a lieu de signaler le rhumatisme chronique, la goutte, le diabète, l'arthrite, l'aortisme héréditaire. Parmi les causes diathésiques on placera toutes les fièvres, surtout la typhoïde, la syphilis, rarement la tuberculose. Les causes toxiques sont l'alcoolisme, le tabagisme, le surmenage et surtout les empoisonnements par mauvaise hygiène alimentaire.

**Su**  
**Résumé du ra**

On ne peut é  
duction à l'hi  
introduction et  
l'aveu sincère  
de certains pro

L'histoire de  
une époque bi  
créé qu'en 18  
veut dire lésio  
maladies infec  
sur ce sujet di  
VIRCHOW ouvri  
parenchymate  
incessantes qu  
L'année 1870  
toutes. C'est a  
HUCHARD de l'i  
et la symptom.  
cette époque s  
où l'on démoni  
gènes et de leu  
les problèmes  
résolus. Mais l  
faite, même su

La myocardi  
gique et totale  
tution du my  
pathogène agis  
n'a pas le droit  
celles dont sor  
tissus. Quand l  
milieu intérieu  
et lymphatique  
jonctif, qui co  
éléments noble  
dans ces condi  
pables de réag  
pour leur prop  
agissant cellul  
en développant  
dans cette réac  
d'inflammation  
traduction pur  
vateurs voyaie  
dans le derme.



processus constituant, dans les réactions fournies par un tissu à l'encontre d'une lésion par un agent pathogène, on met en jeu l'aptitude des éléments; on doit entendre du myocarde à l'encontre d'un agent qui l'aborde, d'emblée ou par degrés, mais qui met en train une réaction capable. Tuée du coup, la cellule ne peut sans réagir, et c'est la lutte, elle dégénère et finit par mourir, elle continue à vivre, mais perd sa fonctionnalité et subissant des lésions dont nous ne connaissons pas.

Des éléments constitutifs du myocarde, on trouve tout d'abord la fibre cardiaque, la fibre entre elles bout à bout par des ponts, sont là des cellules nues, le tissu conjonctif lâche intrafasciculaire est occupé par une substance protoplasmique granuleuse, dans laquelle sont plongés un ou deux noyaux de l'élément, s'étendant sur une grande partie, hyalin, homogène : le protoplasma. C'est dans ses lignes que se trouvent les tiges perlées des cellules ganglionnaires. De quel effort réactionnel est capable? C'est la cellule myoblastique, a construit la fibre. Elle ne saurait donc, cette cellule agir par elle-même : c'est une cellule dans le sein du protoplasma, par lequel le noyau est le chef. Ce sont les cellules qui la vie cellulaire reprend le myocarde. Le protoplasme central entre les cylindres de substance contractile en plus atrophiques. Ce protoplasme substance contractile ramifiée, ramifiée, SMANN à l'état fortal, à la fin des noyaux pourront alors renforcer ainsi la défense

que, peu irritable, tous ces éléments avec lenteur. Cette même

cellule cesse aussi de pouvoir entretenir normalement la bande de ciment qui la soude aux autres. Ce ciment se ramollit et la dissociation segmentaire arrive.

Une cellule ainsi modifiée peut d'ailleurs mourir en cours de lutte et subir, soit la dégénérescence granuleuse, soit la coagulation nécrotique de sa substance contractile. C'est sur la substance contractile, partie la plus vulnérable, que l'atteinte de la cellule a le maximum de chances de porter. On pourra rencontrer, comme leçons initiales de la fibre, l'une de celles connues en leur type général et relevées par les histologistes en suite de l'action directe des agents chimiques ou physiques sur la cellule musculaire striée considérée en général. La chaleur et les coagulants brusques amènent l'état moiré; les acides très faibles amènent l'état grillagé. Voilà quels sont les types principaux de ce qu'il faut appeler les vulnérations de la cellule musculaire, de ce que par contre il ne faut pas envisager comme des dégénérescences d'emblée.

Au point de vue de son tissu conjonctif et de ses vaisseaux, le myocarde présente des aptitudes évolutives et réactionnelles sur lesquels il n'y a pas grand chose de nouveau à dire. Là tout est disposé pour réaliser l'inflammation classique dans tous ses modes.

*Processus histologique total d'une myocardite connue reproduite par l'expérimentation. Myocardite diphtérique aiguë expérimentale.* — L'atteinte de début porte sur la cellule musculaire et parfois uniquement sur elle. Mais ordinairement, il s'ajoute un degré véritable de leucocytose interstitielle. La myocardite diphtérique aiguë est à son début parenchymateuse, et non pas interstitielle. On observe l'état granuleux ou moiré, la disparition de la striation transversale. Plus tard, la striation longitudinale disparaît à son tour, pour faire place à un aspect tout à fait homogène, la fibre musculaire opaque, réfringente, prend fortement les matières colorantes, se gonfle ou non pour dessiner un ventre sur son trajet, au niveau du point devenu homogène. Et ceci se produit rapidement, en même temps que l'état moiré et constituant un stade culminent l'état, chez des animaux ayant succombé après l'inoculation.

Le poison produit en même temps une musculature lisse des artères de petites artères et des artérioles. Les vaisseaux deviennent homogènes et se

limitante élastique interne se fragmente en grains élastiques qui deviennent pâles, s'égrènent et disparaissent. Cela se reproduit au début de toute myocardite infectieuse.

*Défense individuelle des fibres musculaires, lésions réactionnelles des cellules cardiaques.* — La lésion d'atteinte primitive a frappé inégalement les cellules dans leur dispositif contractile; puis, les lésions se sont affirmées en certains flots où la dépense cellulaire du tissu musculaire s'engagera au désavantage de la cellulaire cardiaque en tant qu'agent différencié du mouvement: ce sont des flots de désintégration. En revanche, en dehors de ces flots, la majorité des cellules pourra lentement lutter pour remanier son dispositif contractile.

*Liquidation des lésions musculaires; hyperleucocytose diffuse et nodulaire; foyers de désintégration.* — Le tissu conjonctif n'est que le milieu du processus pathologique. Le poison a suscité des troubles de l'irrigation sanguine; de ces troubles vasculaires peut résulter l'œdème myocarditique séreux. Ce ne sera que plus tard qu'on pourra parfois observer un œdème fibrineux auquel on puisse, à la rigueur, attribuer une signification inflammatoire. Dans les espaces du tissu conjonctif, on ne trouve aucun indice de néoformation conjonctive. Pas une cellule fixe de ce tissu ne présente, au stade aigu, le moindre signe d'activité formative. Ce qu'on voit tout à fait au début, c'est l'hyperleucocytose intra-vasculaire, et c'est là un phénomène général dans les tissus au début de l'intoxication diphtérique. Plus tard, les leucocytes apparaissent dans les espaces conjonctifs; plus tard encore une autre leucocytose fait suite, la leucocytose nodulaire. Là où se trouve un flot de désintégration vont se rassembler des cellules de la série lymphatique émigrées des vaisseaux. Leur rôle est de liquider phagocytiquement les lésions produites. Des figurations souvent rapportées aux myoblastes en voie de développement histogénétique se rencontrent au voisinage ou dans l'intérieur des foyers de désintégration. Il s'agit à peu près certainement de grandes cellules macrophages, devenues sédentaires en ces points, gorgées des débris de la substance contractile de la cellule cardiaque altérée.

La myocardite expérimentale diphtérique est une myocardite parenchymateuse typique et initialement de toute pureté. Il n'y a aucune participation primitive

du  
per  
ses  
la s  
I  
my  
y a  
des  
l'in  
titi  
no.  
bu.  
jon  
sor  
gri  
de  
ab  
cb  
l'ir  
ca  
ne  
my  
my  
po  
lég  
l'é  
de  
del  
po  
de  
ma  
tér  
cu  
de  
pig  
ap  
sér  
ge  
dis  
pr  
co  
in  
le  
lés

aire. Dans tout ceci le la dégénérescence fibre musculaire : es erreurs en ce sens

agents pathogènes de la maladie infectieuse constitue une constances, il s'agit ns l'un et l'autre cas,

tre dans les maladies iolde, variole, pneumonie, paludisme, tuberculose, suette, ptococcie, morve.

roduire expérimentalement des staphylocoques le lapin. CHARRIN vec les produits du ec la tuberculine, la nstaté dans le myocarde du bacille d'EBERTH, reux. Il faut tenir ystème nerveux dans le plexus cardiaque phique sur le cœur,

arde irrité réagit et endra de la puissance ésence. Dans les cas une courte période iaguë. Le choc présente du cœur rapide. on voit, au cours du célerer progressive- devient plus petit, is, l'impulsion systolique est affaiblie. On constate oux et variable : le r.

al devient de plus en ne ondulation vague ycardie arythmique lne dilatation ventriculaire nettement embryonnaire disparaître complè-

tement; enfin la bradydiastolie est un signe précurseur de la cardiectasie ultime.

La guérison a été observée même dans des cas où des malades avaient eu une série de syncopes et même du collapsus avec algidité.

*Forme latente.* — Dans la fièvre typhoïde, la myocardite doit être cherchée. Il est des cas où les symptômes sont très atténués. Il ne s'agit que d'une tachycardie insolite, d'un assourdissement du premier bruit. Néanmoins, le pronostic ne saurait jamais être trop réservé. La mort subite peut survenir chez des malades qui n'ont présente aucun trouble cardiaque apparent. De même, HUGUENIN a décrit une forme de myocardite diphtérique latente, spéciale aux enfants.

*Myocardite interstitielle aiguë diphtérique* (RABOT et PHILIPPE). — Elle surviendrait au moment de la convalescence. Nous croyons que la netteté des symptômes dans cette forme ne dépend pas d'une nature spéciale des lésions, mais est due à ce que les symptômes de la myocardite ont éclaté pendant la convalescence d'une angine de courte durée et n'ont point été noyés au milieu des signes d'une intoxication générale.

*Myocardite suppurée.* — Elle se rapproche des endocardites infectieuses par les phénomènes généraux et les accidents à distance; elle en diffère par la violence des troubles fonctionnels, les signes physiques et l'évolution. Il s'agit de véritables septicémies médicales, avec marche rapide, et mort en 3 ou 4 jours.

*Myocardite parenchymateuse aiguë de l'enfance.* — C'est une affection aiguë ou subaiguë qui survient rapidement chez de jeunes enfants à cardiopathie orificielle bien tolérée. Le pouls reste d'une régularité parfaite jusqu'à la mort : la maladie dure de quelques jours à trois mois. Il existe probablement une forme légère curable.

*Diagnostic.* — En 1883, M. J. pouvait jamais affirmer l'existence. En réalité, cette maladie est facile à diagnostiquer. On peut sans doute la myocardite et l'endocardite. Il faut considérer que, dans l'endocardite, l'oppression domine la scène, et conserve son énergie et sa fréquence. Dans la myocardite, le premier bruit a plus d'intensité. L'asthme et le souffle sont caractéristiques. La plus importante à traiter ser

entre le trouble fonctionnel et la lésion myocardique. Une pareille tentative nous paraît prématurée et nous manquons de bases sérieuses pour asseoir une opinion ferme sur cette question.

**Pronostic.** — La myocardite constitue une complication redoutable des maladies infectieuses aiguës. Elle est la cause la plus fréquente de la mort dans la variole avant le onzième jour. Au cours de la fièvre typhoïde, elle est aussi le plus souvent mortelle : de même dans la diphtérie, elle est d'une extrême gravité. Mais il y a des formes atténuées et latentes qui aboutissent, la plupart du temps, à la guérison : ne pas oublier toutefois la possibilité toujours imminente de la mort subite.

Il est difficile de dire quel est l'avenir d'un cœur qui a été plus ou moins gravement touché à un moment donné. C'est là un problème des plus difficiles à résoudre. LANDOUZY et SIREDEY ont rapporté l'histoire d'un malade jeune qui eut, à deux ans d'intervalle, deux fièvres typhoïdes. Cet homme mourut vers le quinzième jour de sa seconde maladie, après n'avoir présenté d'autre signe de myocardite que quelques intermittences du pouls. Or, à l'autopsie, on trouva une sclérose du myocarde, de l'endartérite oblitérante et des lésions parenchymateuses dégénératives. Il n'y avait donc eu qu'une guérison apparente et cette observation est presque une expérience de laboratoire réalisée chez l'homme.

Une fois la phase aiguë de la myocardite terminée, tout n'est pas fini. Le cœur n'a pas encore retrouvé son intégrité. Un long travail de reconstitution s'effectue ; les éléments morts sont résorbés, d'autres, peu lésés, reviennent à leur état antérieur. Là où des pertes de substance se sont produites, le tissu conjonctif végétal et met une masse de tissu fibreux là où il y avait autrefois du tissu musculaire contractile : tissu fibreux qui n'est qu'un pis-aller et qui deviendra une cause de gêne pour le fonctionnement du cœur. Un travail analogue s'opère dans les parois vasculaires. Les plus malades des vaisseaux sont, à un moment donné, transformés en des tubes rigides, inertes, dans lesquels le sang ne circule plus que par l'action de la *vis a tergo*.

Tel est le pronostic éloigné des myocardites aiguës. La guérison radicale n'est pas impossible, mais on n'en a pas la preuve. L'observation clinique semble même démontrer que la *restitutio ad integrum* du myocarde s'effectue dans un nombre assez considérable

de cas. Mais guérit, cré est au pou ce danger.

**Traitement**  
a lieu, sous la pression émonctoires telles sont On aura re sera comb extrêmes, l'action du la spartein une indica l'intestin a purgatifs la rénale. Qu ment trave de dangers

## MÉ

### Les

L'occasion des mouch cette prati L'article de l'asystolie thèse pass médecine ( tures dans donnent u pas le me ciens en le suivons d' qui, mieux complicati

On com la peau de dépassant les piqûres nage de l antisepsie

hauffé au rouge sombre. est, vu sa finesse, ce à défaut de galvanocautère pointe fine de thermette ou un vaccinostyle ne lampe à alcool. La pilement dans la peau la résistance du derme ice tout seul dans le il s'éteint de suite. Ces ge ont le double avantage et de se refermer s faites avec une pointe

s, la région est envahie de plusieurs doubles ansement ne doit être même. C'est au-dessus des d'ouate hydrophile nouvelle aussi souvent ière de faire quand elle et, on le conçoit facilement infections exogènes urir aux mouchetures, le moyen thérapeutique

## Sociétés savantes

es. — MM. BABES et lat de leurs recherches que et curatif de l'épide substance nerveuse

ne. — M. PINARD dit ment admises comme héréditaire peuvent se ions et qu'il n'est pas tes de la syphilis.

— MM. POTHERAT et érectomies abdominales nt eu des succès relatifs. is se faire d'illusion sur ncer de l'utérus. Il est arrive assez tôt pour

**Société de Biologie.** — M. PITRES. La pression des épanchements ascitiques n'est jamais très élevée; dans la plupart des faits, elle est inférieure à + 20 millimètres de mercure.

## VARIÉTÉS

### L'encachonnement

Au mois de juin 18..., je me trouvais en compagnie d'un confrère voisin, rural comme moi, un excellent ami actuellement décédé. « Nous voilà au moment des cerises, me dit-il, avez-vous soigné des *encachonnés* ? — ... — Si cela vous arrive, munissez-vous de courage et... allumez votre pipe. »

Quelques jours après, l'occasion attendue arriva. Pour l'intelligence du texte, je dois dire qu'en patois un *cachon* c'est un noyau et l'*encachonnement* une obstruction du rectum par des noyaux de cerises particulièrement.

Or donc me voilà en présence d'un *encachonné*. Je fais placer mon malade dans la position géno-pectorale en travers d'un lit, et fidèle aux conseils du confrère, lequel était mon aîné et m'en donnait souvent de bons, j'allume une grosse pipe, pendant que l'interrogatoire me révèle le mystère.

Mon malade me raconte que deux ou trois jours auparavant il avait cueilli des cerises à moitié, c'est-à-dire qu'il devait partager la récolte avec le propriétaire pour prix de sa peine. Celles qu'il mangeait ne se partageant pas, il en avait avalé le plus possible, et pour gagner du temps et ne rien perdre, tous les noyaux avaient été déglutis avec le reste.

Ceux qui ont vu la chose savent la dureté de cette masse énorme, impossible à expulser spontanément, pareille à une tête de fœtus, vrai bloc de maçonnerie dont les noyaux forment les éléments et la matière fécale desséchée le ciment, le substratum. C'est avec une curette ou une cuiller à café qu'il faut détacher un à un les noyaux. Plus tard, lorsque la masse se désagrège et permet l'introduction d'une sonde de femme, une injection d'huile dans le centre aide singulièrement la manœuvre.

Je n'insiste pas sur les sensations : *caporal* du gouvernement.

L'opération est longue, lorsque se vous n'avez pas le secours de l'ane sans douleurs.

En voyant toujours grossir à terre patient ne pouvait en croire ses yeux j'eus vidé l'ampoule rectale et le possible, de l'huile de ricin administré autant, me dit le malade le lendemain.

Confrères ruraux, si vous êtes a *chonné*, munissez-vous de patience n'oubliez pas votre pipe.

(Lyon méd.)

### Les obligations des élèves médecins militaires ou élèves des écoles vétérinaires

On sait que, jusqu'à présent, les élèves de l'école du service de santé militaire ou ceux des écoles vétérinaires étaient mis en demeure, en vue du cas où ils ne rempliraient pas les obligations à eux imposées, de signer d'avance un engagement pour une durée ferme de 3 ans, devant porter son effet à partir du jour où ils cesseraient de satisfaire à ces obligations spéciales.

Il en résultait qu'un élève ayant servi pendant un certain temps avant son entrée à l'école ou ayant droit à l'une des dispenses légales se trouvait obligé, le cas échéant, à accomplir une durée de service supérieure à celle à laquelle il aurait été normalement astreint s'il n'était pas entré à l'école.

Le Conseil d'Etat, consulté à cet effet, avait émis l'avis que l'on devait, dans cet engagement préalable, entendre l'expression « 3 ans de service » comme signifiant seulement le service légal auquel le jeune homme serait tenu en raison de sa situation personnelle, c'est-à-dire sous déduction du temps de service qui aurait été accompli avant l'entrée à l'école et sous réserve du bénéfice des cas de dispense qui pourraient être invoqués.

Sur la proposition du ministre de la guerre, un décret présidentiel vient d'adopter cette interprétation et de supprimer l'engagement de 3 ans qui, dès lors, ne pourrait plus être souscrit sans sortir des règles générales fixées par la loi pour les engagements volontaires.

A l'avenir, les jeunes gens dont il s'agit contracteront seulement, en entrant à l'école ou au moment de leur nomination comme élèves militaires, l'engagement spécial par lequel ils s'obligent à servir dans l'armée active pendant 6 ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin ou pharmacien aide-major de 2<sup>e</sup> classe ou d'aide-vétérinaire.

Ils recevront en même temps un brevet qui, conformément à l'article 30 de la loi de 1889, les fera considérer comme ayant satisfait à l'appel de leur classe, sans préjudice de l'article 29 de la même loi, astreignant ultérieurement au service ceux qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal et sans préjudice des dispositions en vigueur concernant le décompte des années d'études antérieures à l'obtention du grade.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### Le secret professionnel et la délivrance de certificats médicaux

En examinant, dans l'*Echo medical du Nord*, du 23 juillet 1899, *suprà*, p. 357, la question de savoir comment le médecin doit concilier son obligation au secret professionnel et son devoir de fournir son témoignage à la justice lorsqu'il en est requis, nous avons conclu, — avec un arrêt de la Cour de cassation, en date du 1<sup>er</sup> mai 1899, — que l'obligation au secret prime dans tous les cas l'obligation de témoigner en justice. Et nous faisons en même temps observer que cette décision de la Cour suprême servirait probablement de guide aux tribunaux de tous ordres : un arrêt rendu par la Cour de Besançon, le 7 juin 1899, est venu bientôt confirmer nos prévisions.

Les circonstances étaient les suivantes :

Un sieur Billerey avait vendu ses biens, moyennant constitution de rente viagère sur sa tête, par acte passé le 23 février 1898. Le 11 mars suivant, il mourait. Or, cette succession, à quinze jours d'intervalle, de la constitution d'une rente viagère

et  
de  
re  
pe  
vi  
ét  
de  
  
m  
de  
«  
br  
po  
in  
re  
oc  
pr  
en  
tit  
co  
l'a  
  
tr  
  
d'  
Vo  
tic  
si  
d'  
m  
da  
de  
  
l'a  
m  
qu  
V.  
ca  
pi  
qu  
di  
pe  
es  
es  
  
d  
di  
es  
ei  
ti  
n  
m  
  
re  
fa  
E

intérêts privés, la Cour semble admettre et relevé de son obligation par le com- mais du moins est-ce là un droit tout qui n'appartient pas même à ses hé- ses enfants par exemple. Comparer cassation, du 13 juillet 1897, d'où il ne doit pas consentir à la production en mariée, demanderesse en divorce, de rées au sujet de la maladie pour laquelle *Écho médical du Nord*, 1898, n° 323.

J. JACQUEY.

## 5 & INFORMATIONS

### DE MÉDECINE D'AMIENS

ARRIÈRE est institué pour une période des chaires d'anatomie et de physio- d'anatomie à l'Ecole de Médecine

### NÉCROLOGIE

st d'annoncer à nos lecteurs, la mort ALBIANI, professeur d'embryogénie le France.

## DES ACTUALITÉS MÉDICALES

un traitement, par le professeur r de clinique médicale à l'Université de de l'Institut, associé de l'Académie de Baillièrre et Fils, 19, rue Hautefeuille it-Germain), à Paris.

points de l'histoire du diabète sucré pré- l'actualité. M. LÉPINE, dont la compétence ue, vient de résumer toutes les recherches nie et surtout le traitement du diabète s au régime, un autre aux moyens hygié- édicamenteux (excitants de la glycolyse, génie et agents diabétiques divers ; le e est étudié. Sur tous les points, l'auteur a pratique personnelle et de sa longue on étude par la dyscrasie toxique, compli-

alités médicales dont ce volume fait par- régulièrement, à raison d'un volume par

croissant s'explique facilement ; c'est plus exact du mouvement médical com- issi bien par le choix judicieux des sujets s auteurs appelés à collaborer à cette

ES. CATARRHES — L'Emulsion meilleure préparation créosotée. Elle vre et l'expectoration.

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

30<sup>e</sup> SEMAINE, DU 23 AU 29 JUILLET 1899

ÂGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES À LILLE					Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .					7	2
3 mois à un an . . . . .					33	18
1 an à 2 ans . . . . .					3	3
2 à 5 ans . . . . .					1	»
5 à 10 ans . . . . .					»	»
10 à 20 ans . . . . .					1	1
20 à 40 ans . . . . .					7	7
40 à 60 ans . . . . .					8	6
60 à 80 ans . . . . .					9	6
80 ans et au-dessus . . . . .					1	1
Total . . . . .					70	44

NAISSANCES par quartier		9	15	13	20	8	11	7	10	11	2	9	115
TOTAL des DÉCÈS		10	13	23	14	4	10	14	6	1	»	6	114
Autres causes de décès		4	6	4	3	2	3	4	1	3	»	»	30
Homicide		»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Suicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculeuses		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse		»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Pneumonie pulmonaire		2	2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	13
Diarrhée intestinale	plus de 5 ans	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
	de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	moins de 2 ans	4	2	15	10	1	4	8	9	9	5	5	58
Maladies organiques du cœur		»	1	»	»	»	»	1	1	1	»	»	2
Bronchite et pneumonie		»	1	1	»	»	1	1	1	1	»	»	4
Apoplexie cérébrale		»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Autres		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Coqueluche		»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Group et diphtérie		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Varicelle		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Répartition des décès par quartier		Hôtel-de ville, 19,892 hab.	Gare et St Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total.
		10	13	23	14	4	10	14	6	1	»	6	114





survient par intoxication chronique. Cependant, l'accoutumance se produit parfois. Les enfants de mères morphinomanes éprouvent, dès leur naissance, un état de besoin qui nécessite l'administration d'une goutte ou deux de laudanum.

Les jeunes enfants résistent mal à l'usage du phénol : de simples compresses phéniquées sur la peau ont entraîné la mort. Par contre ils supportent bien l'atropine, la quinine, les vomitifs, le chloroforme, l'arsenic. Les enfants s'accoutument mal au tabac.

Le sexe ne joue qu'un rôle très effacé. La race constitue un facteur plus intéressant. Les nègres supportent de fortes doses d'alcool, de mercure, d'émétique. L'intoxication morphinique est plus rapide chez les hommes de race européenne que dans les races inférieures. La race intervient peut-être dans la variété des effets produits par les toxiques : le chinois, fumeur d'opium, tombe dans une torpeur intellectuelle profonde; les habitants de Sumatra demeurent vigoureux et pleins de santé, les Indiens néerlandais ont une excitation des plus vives. Ces faits appellent de nouvelles observations.

La maladie a une importance quelquefois majeure au point de vue qui nous occupe. On voit, chez des sujets en état d'accoutumance, une maladie aiguë intercurrente interrompre la tolérance : des alcooliques ou des morphinomanes, frappés de rhumatisme ou de pneumonie, présentent tout à coup de l'insomnie, du délire, etc. Mais l'inverse est plus habituel : les fébricitants supportent des doses énormes d'alcool. Chez les pneumoniques, le tartre stibié ne provoque plus, dès le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> jour, ni vomissements, ni diarrhée. PETRESCO donne dix grammes de digitale en infusion par jour dans la pneumonie.

Les malades où l'élément douloureux prédomine paraissent avoir sur l'accoutumance aux médicaments sédatifs une influence toute spéciale. L'opium en fournit de nombreux exemples. Les alcooliques sont aussi réfractaires à des doses élevées d'opium. Dans le tétanos on peut donner jusqu'à 16 grammes d'hydrate de chloral par jour, FÉHÉ a donné 20 grammes de bromure à des épileptiques. Chez les choréiques, la tolérance est fort générale; il en est de même dans les affections mentales.

Il y a lieu de réserver une place à la réceptivité propre de chaque sujet, à son idiosyncrasie. TROUSSEAU a observé deux femmes qu'une seule goutte de laudanum plongeait toujours dans le narcotisme, et

un homme qui prenait quotidiennement 250 grammes de laudanum de ROUSSEAU sans effets fâcheux; ce malade en absorbe un jour 750 grammes, ce qui n'eut d'autre résultat que de le faire dormir trois heures! TUSSEAU a noté que certains sujets ne supportent pas l'iodoforme à l'extérieur. Il en est ainsi pour bien d'autres médicaments. Ces susceptibilités particulières sont évidemment de nature à apporter un obstacle irréductible à l'accoutumance médicamenteuse.

Le rôle dévolu au médicament dans l'accoutumance paraît intimement lié à trois facteurs principaux : la dose, la voie d'introduction dans l'organisme, enfin son association à diverses substances.

Certains médicaments agissent d'une façon différente suivant la dose administrée : le calomel, purgatif à haute dose, est absorbé en partie quand il est pris à doses fractionnées et détermine les effets des mercuriaux. Cependant la plupart des médicaments ont la même action, l'intensité mise à part, à dose faible et à dose élevée. Les sujets qui s'adonnent à l'usage habituel des poisons débutent par des doses minimales qu'ils augmentent progressivement : s'ils s'arrêtent à une dose moyenne, celle-ci, bien que déjà toxique pour les individus non accoutumés, pourra être tolérée jusqu'au terme normal de la vie. On compte par milliers les gens qui ont supporté impunément le tabac, l'alcool, le café, l'opium, jusqu'à l'âge le plus avancé. Il faut, pour acquérir l'accoutumance, que le poison soit pris d'une façon régulière et à doses croissantes.

La voie d'introduction du poison intervient à son tour. Les Theriakis de Turquie absorbent l'opium sous forme de pilules de dix à vingt centigrammes après les repas. L'effet primitif est une stimulation intellectuelle et physique. Quand la dose arrive à deux ou trois grammes, alors les effets sont ceux des injections de morphine, mais plus tardifs et moins graves, puisque l'opiophagie n'abrège pas souvent la vie. L'injection intra-veineuse de morphine est plus active que l'injection sous-cutanée. Chez les sujets accoutumés, elle est parfois inoffensive, comme le prouve l'observation de PICHON d'un étudiant de trente ans qui pratiquait exclusivement ses injections dans les veines.

L'association de plusieurs médicaments toxiques peut ou favoriser la tolérance, ou accroître la gravité des accidents. ZAMBACS a observé des opiophages usant en même temps, et parfois largement, de cognac

ou de raki et il a pu remarquer que cette association produisait des effets salutaires. Mais l'abus de boissons fermentées greffe une nouvelle intoxication sur la première et, d'autre part, chez un organisme morphinisé, l'alcoolisme peut quelquefois déterminer de l'intolérance. Ainsi JENNINGS a cité une demoiselle de trente ans, chez laquelle les symptômes d'intolérance apparurent à dater du moment où elle se mit à boire, par jour, dix verres à bordeaux de vulnérable.

*De l'accoutumance en particulier.* — L'accoutumance n'existe pas pour tous les médicaments : il en est, au contraire, un grand nombre qu'on ne peut administrer d'une façon prolongée, parce que leur action va en se renforçant ; ainsi en est-il de la digitale. Ces faits, relativement rares pour les poisons végétaux, sont presque la règle pour les minerais : phosphore, plomb, argent, zinc, mercure, etc. A côté des agents thérapeutiques auxquels l'organisme ne s'habitue pas, il en est d'autres pour lesquels il y a une accoutumance purement apparente. C'est qu'ils ont une faible toxicité relative ou qu'ils sont éliminés rapidement et par des voies multiples. Le tartre stibié paraît être dans ce cas.

Quels sont donc, en dernière analyse, les corps auxquels on s'accoutume ? Ce sont ceux qui jouissent d'une action élective sur le système nerveux ; alcool, éther, haschich, kawa, opium et morphine surtout, tabac, cocaïne, chloral, arsenic, iodure, bromures, analgésiques et antithermiques, certains hypnotiques.

*Opiacés.* — L'organisme s'habitue à la morphine au point d'en tolérer des doses journalières plus de 500 fois supérieures à la moyenne et le poison peut devenir tellement indispensable au fonctionnement des organes que des accidents graves succèdent à sa suppression.

*Cocaïne.* — L'intoxication ne se fait pas attendre et est plus grave que celle de la morphine. La guérison de la cocaïnomanie est très difficile : l'abstinence entraîne un ensemble de symptômes analogues à ceux de l'abstinence morphinique.

*Chloral.* — La chloralomanie est assez rare. Le chloralisme se traduit par des troubles digestifs, de la diarrhée, de l'ictère, des éruptions cutanées, des troubles de la nutrition, des accidents cardio-pulmonaires et des phénomènes nerveux.

*Ether.* — Les doses atteintes sont souvent considérables. Le chimiste BRIQUET en usait une pinte par

jour. M. SIMON a observé une dame qui en prenait un litre. La suppression de l'éther chez les sujets habitués ne s'accompagne pas de l'irrésistibilité à rechercher le stimulant qu'on observe dans d'autres accoutumances.

*Accoutumances complexes.* — WIPHAM a vu un malade adonné à la fois à la morphine, au bromure, au chloral, à l'alcool et au haschich. MORTON a fait connaître le théisme des femmes américaines qui, non contentes d'abuser du thé, y ajoutent de la morphine et de l'opium, sans compter deux ou trois verres d'absinthe glacée. Certains morphinomanes sont en même temps opiophages. L'association de la cocaïne et de la morphine est la plus fréquente et la plus redoutable.

*Chloroforme.* — La passion du chloroforme a beaucoup d'analogie avec l'état des buveurs intermittents : il y a des intervalles lucides dans lesquels il y a peu de tendance à prendre du chloroforme, le besoin s'en fait sentir dans le cas de chagrin ou d'émotions violentes. La désaccoutumance est facile.

*Caféine.* — Certaines femmes d'ouvriers consomment par semaine jusqu'à 1.500 grammes de café de Ceylan, ce qui fait 1 gr. 86 de caféine par jour.

*Arsenic.* — Sa suppression brusque peut entraîner des accidents d'abstinence. L'acide arsénieux est toxique à la dose de trois à cinq centigrammes ; or, les arsenicophages en prennent jusqu'à trente centigrammes, jusqu'à quatre-vingts centigrammes dans un cas de KNAPP. L'arsenic n'est pas absorbé en totalité, car les sujets en question n'utilisent que des préparations peu solubles.

*Iodures.* — L'iodisme dépend de la prédisposition du sujet, de la dose et de la variété d'iodure employée. Mais l'observation montre qu'il peut disparaître à la suite de plusieurs prises successives. Il y a donc une réelle accoutumance.

*Bromures.* — On peut les administrer très largement par une habitude progressive aidée par l'antisepsie des téguments et des voies digestives. Les influences dépressives de tout ordre peuvent interrompre la tolérance et faire naître les symptômes du bromisme.

*Atropine.* — Les enfants la supportent bien. On arrive, dans la coqueluche, à leur donner 10 et 12 centigrammes de poudre de belladone mélangée à autant d'extrait. Chez l'adulte, grâce à une accoutumance, on peut aller beaucoup plus loin. TROUSSEAU donnait

vingt centigrammes  
à la dose d'un cent.  
nant l'accoutumance  
nposés organiques ;  
ible toxicité relative

toujours sans diffi-  
d'initiation pénible.  
loivent être que gra-  
es sujets qui offrent  
coutumance à tel ou

2. Elle s'observe avec  
lividualité, l'idiosyn-  
ère d'accoutumance.  
uée, elle apporte à  
cements des modifi-  
sement considérable  
ents dans leurs pro-  
ébut, impressionnait  
lus que sur tel ou tel  
tume pas en bloc et  
pas au poison. Ainsi  
première fois de la  
s gastro-intestinaux.  
al qui disparaissent  
les centres sensitifs  
influencés.

ont les plus sensibles  
ont aussi ceux qui  
l'habitude. Ainsi, à  
onique par de petites  
après chaque dose,  
omme, les centres  
à la morphine, les  
être influencés par

si ne peut être impu-  
terant en abus, il  
et chronique dont  
ue ceux de l'empoi-  
r ceux-ci, il n'est  
on du toxique, mais  
de l'abstinence, s'il  
es. Si l'habitude est  
s'opère plus qu'au  
oins que la mort ou  
terminer la scène

morbide. Encore, quand le malade guérit, faut-il redouter des récides qui ne demandent souvent pour se produire que les plus légers prétextes.

#### Rapport du professeur HEYMANS (de Gand).

Chez les individus de même poids et aussi semblables que possible, appartenant à une même espèce animale, la dose mortelle limite d'un poison, administré pour la première fois, est absolument constante; une dose submortelle, mais toxique, provoque toujours les mêmes symptômes et enfin la dose inactive ne détermine jamais de phénomènes sensibles. Mais les individus d'une même espèce peuvent présenter entre eux des différences passagères, d'où il résulte que la réaction de l'organisme intoxiqué varie. Si l'on administre à des intervalles répétés, à un même individu normal, les mêmes doses toxiques d'un même poison, chaque dose produira, d'après la nature du poison, une intoxication, ou toujours égale, ou graduellement croissante, ou graduellement décroissante. Dans ces deux derniers cas, il se présente ce qu'on appelle ou l'accumulation ou l'accoutumance.

L'accoutumance à un poison chez un individu est un état organique particulier, déterminé par des doses antérieures de ce poison, grâce auquel le pouvoir toxique du poison est moins grand que chez un individu semblable auquel ce poison est donné pour la première fois. C'est le fait du poison lui-même, et cette accoutumance est spécifique.

On n'a pas jusqu'ici recherché systématiquement quels poisons déterminent l'accoutumance et quels poisons provoquent l'accumulation, mais on peut admettre que la plupart des glucosides et des alcaloïdes ainsi que la plupart des chimiques et organiques sont l'accoutumance. Nous ignorons l'intime de celle-ci; pour le présent nous sommes obligés de comparer l'immunité acquise à l'immunité acquise.

L'immunité qu'on obtient à répétition de doses croissantes se caractérise par la présence d'une substance capable d'annihiler la substance correspondante. Rien ne nous empêche de supposer qu'il se produise un phénomène d'accoutumance aux médicaments microbiens semblant à même

l'accoutumance, mais tous ne déterminent pas l'immunité antitoxique ni même l'état bactéricide. D'autre part, l'accoutumance à certains poisons albuminoïdes d'origine végétale ou animale, tels que le venin de serpent, l'abrine, la ricine, s'accompagne également de la formation d'un sang antitoxique; par contre, les composés organiques et inorganiques ne déterminent jamais une immunité antitoxique. Il y a donc deux sortes d'accoutumance aux poisons, deux sortes d'immunité toxique acquise, l'une qui mène à l'immunité humorale antitoxique, l'autre à l'immunité cellulaire. Parmi cette dernière, il faut placer l'accoutumance aux médicaments.

L'immunité cellulaire artificielle ou acquise trouve son pendant dans l'immunité innée ou naturelle. La dose mortelle d'un poison varie considérablement chez les différentes espèces d'animaux. D'autre part, tel poison toxique pour un individu donné n'agit pas au même degré sur toutes ses cellules: il n'y a pas de poison absolu, comme il n'y a pas d'immunité ou d'accoutumance absolue.

L'accoutumance est à l'individu ce que l'immunité innée est à la race ou à l'espèce. Toutefois, l'accoutumance ne devient de l'immunité naturelle que très lentement.

L'accoutumance ou l'immunité innée crée des modifications chimiques, physiques et physiologiques inhérentes aux cellules. Toute accoutumance toxique, toute immunité innée ont peut-être ceci de commun que les cellules atteintes primitivement par le poison n'en sont plus modifiées dans leur tonus vital.

Dans certains cas, le poison ne pénétrera plus dans la cellule, celle-ci ayant modifié ses propriétés osmotiques et sélectives. D'autres fois, la cellule modifie son intérieur de telle manière que le poison, tout en y entrant, n'y trouve rien à quoi se combiner et en sort comme tel. D'autres fois enfin, la cellule fait sa pâture du poison. La vraie accoutumance doit consister en ce que le poison devienne pour la cellule un aliment. Le premier cigare et le premier verre de liqueur peuvent nous avoir rendu malades, tandis qu'ils réconfortent un organisme accoutumé. Puisqu'alors la cellule détruit le poison, on peut dire qu'elle est antitoxique; seulement, cette propriété étant liée à la vitalité cellulaire, l'extrait de ces cellules est dépourvu de toute action antitoxique et dès lors l'immunité cellulaire acquise n'est pas transmissible d'un animal à l'autre comme l'est l'immunité antitoxique.

## Résumé

La  
flicatio  
cocyt  
leuco  
tout  
carac

LEI  
exam  
quelle  
organ  
tous  
autres  
colori  
group  
quatr

A)  
le pr  
décel  
quelle  
emph

Glo  
Noyau  
volun  
mass

Pro  
La zo  
le no  
comp

Les  
lympl  
blanc

B)  
proto  
avec l

Glo  
Noyau  
boudi  
endro

Pro  
plus

orment  
ag.  
r leurs  
i trois  
érentes  
ophiles,  
  
ocytes,  
colores  
e pren-  
inaison  
comme  
  
es plus  
rais ; la  
idence ;  
obtenir.  
  
es leu-  
spéciale  
achisine  
ues.  
is plus  
rais : se  
e.  
  
s carac-  
clusive-  
bleu de  
  
les  
s  
  
IRLICH :  
nucleaires  
  
la troi-  
ssage »,  
me. Ces  
neutro-  
ristique  
est pas

M. DENYS raye également la catégorie d'ERRLICH. Les grands leucocytes mononucléaires sont, d'après l'auteur allemand, des éléments deux ou trois fois plus grands que les globules rouges avec un noyau ovale, un protoplasme assez abondant mais libre de granulations. ERRLICH voit dans ces éléments des myélocytes neutrophiles très jeunes n'ayant pas encore élaboré leurs granulations caractéristiques, et devant dans le cours de leur évolution devenir d'abord les formes de passage de la troisième espèce, et enfin des neutrophiles complets.

M. DENYS considère au contraire ces éléments simplement comme des lymphocytes de grande taille, et se base sur ce fait qu'on les rencontre par élection dans le canal thoracique.

Comme la lymphe est formée exclusivement de lymphocytes sans aucun neutrophile, ceci permet de préjuger de l'origine et de la nature lymphocytaire de ces grands leucocytes mononucléaires.

La classification de DENYS implique donc l'idée de la séparation absolue des différents groupes établis : La lymphocyte et les trois espèces de myélocytes constituent des catégories distinctes sans transformation possible de l'une dans l'autre : soit en tout quatre sortes d'éléments leucocytaires dans le sang, indépendants les uns des autres et autonomes.

Aux auteurs qui prétendent au contraire que ces formes dérivent les unes des autres, et qui sont partisans de l'unité du type leucocyte, M. DENYS oppose les quatre arguments suivants :

1° Argument tiré de la présence ou de l'absence de granulations spéciales. — 1° Les trois pièces de myélocytes sont des espèces distinctes parce que leurs réactions colorantes ont la valeur spécifique d'une véritable réaction chimique. Ainsi les myélocytes sont entièrement philes ou acidophiles ( jamais par exemple un granulations éosinophile successivement une co neutre.

2° Il n'y a aucune liaison entre les différents myélocytes, on ne pourrait la concevoir que comme l'élément plus simple (lymphocyte) en l'élément plus complexe (myélocyte), au moyen de transformations, au lieu de lesquelles on assisterait au

tions. Or ces intermédiaires n'existent pas, pas plus entre les lymphocytes et les leucocytes éosinophiles qu'entre les lymphocytes et les neutrophiles.

On ne peut pas non plus admettre que ces intermédiaires n'existent que transitoirement, la transformation se faisant si vite qu'elle échappe à l'observation.

Car, dans le sang extravasé, on peut observer pendant plusieurs heures des leucocytes vivants sans les voir changer de caractères spécifiques. Si l'on suit au microscope le cours de la lymphe le plus loin possible de ses centres d'origine jusqu'à son déversement dans le sang, on n'observe en aucun point de transformation de lymphocyte en leucocyte neutrophile. Si l'on provoque une leucocytose expérimentale par des injections de sang défibriné, les leucocytes jeunes que l'on observe dans le sang sont déjà des myélocytes à granulations et non pas les lymphocytes qui devraient les précéder.

2° *Argument tiré de la diversité du tissu de formation.*

— Lymphocytes et myélocytes naissent dans des tissus différents et de composition histologique tout-à-fait contraire.

Les lymphocytes proviennent du tissu adénoïde des ganglions lymphatiques, de la rate, des follicules du tube digestif, formé d'une charpente conjonctive et d'une substance fondamentale fibrillaire.

Les myélocytes ont leur origine exclusive dans la moelle rouge des os, formée d'un tissu de soutien de grandes cellules étoilées et d'une substance fondamentale muqueuse.

3° *Argument tiré de l'absence ou la présence de substance bactéricide.* — Les dernières recherches microbiologiques, et particulièrement les expériences de VAN DE VELTE, HALIN, P. BAIL, ont montré que la sérosité des exsudats, de même que le sérum du sang, renferme en abondance un ferment, une substance bactéricide, c'est-à-dire s'opposant au développement des cultures microbiennes.

Ce ferment est sécrété par les leucocytes des exsudats, par suite on peut s'attendre à le retrouver en abondance dans les tissus générateurs de ces leucocytes.

Or, il y a une différence fondamentale au point de vue du pouvoir bactéricide entre les lymphocytes et les myélocytes :

Les myélocytes et par suite les tissus au sein desquels ils se forment, c'est-à-dire la moelle des os, dégagent en abondance ce ferment bactéricide.

Les lymphocytes ne dégagent pas de ferment bactéricide.

Ce fait a été démontré par W. W. WALTERS. WALTERS a chauffé sa substance à 60°-62°, et ensuite il a donné de staphylocoques.

A certains tubes de culture de lapin triturée, de moelle ajoutée, ne poussent pas de bactéries. A d'autres tubes de culture ne poussent pas de bactéries, d'où a été tiré la conclusion que les lymphocytes ne dégagent pas de ferment bactéricide.

Conclusion : Les lymphocytes ne dégagent pas de ferment bactéricide.

4° *Argument tiré de la diversité des mouvements.* — Les lymphocytes ont des mouvements à cause de leur structure.

Les myélocytes ont des mouvements à cause de leur structure.

Les myélocytes ont des mouvements à cause de leur structure.

Si l'on met des myélocytes dans une culture stérilisée, on trouve des myélocytes.

La même expérience faite avec des lymphocytes ne donne pas de résultats.

L'étude physique des lymphocytes est facile maintenant, c'est-à-dire du point de vue de l'augmentation.

De même que les globules blancs, les lymphocytes correspondent essentiellement à la classification de Lillie, et distinguent les lymphocytes des myélocytes.

Aux anciens auteurs, les lymphocytes sont classés comme des globules blancs, et les myélocytes comme des globules rouges.

u leucémie	absence de diathèse hémorrhagique ; apyrexie habituelle ; début insidieux ; absence d'intoxication ; durée
u leucémie	une à plusieurs années.
La forme	b) <i>Lymphémie aiguë avec hyperplasie.</i> (Cas d'EBSTEIN, FRANKEL, GILBERT et WEYB).
station en	Principaux caractères : Gonflement des ganglions,
ombreuses	moins indurés que les précédents ; tuméfaction mo-
ement sur	dérée de la rate ; existence de diathèse hémorrhagique ;
leucocytose,	existence de fièvre élevée ; début brusque ; intoxica-
es myélé-	tion profonde ; durée trois à quatre mois.
ment sur	c) <i>Lymphémie aiguë non hyperplasique.</i> — Deux cas
sinophiles	avérés seulement ont été publiés (FLEISCHER ET LEUBE,
es formes	HIRSCHLOFF). Le malade d'HIRSCHLOFF succombe après
	trente-quatre jours de maladie avec un rapport de
	leucocytes aux hématies de 1 à 4. A l'autopsie aucune
	lésion apparente des ganglions lymphatiques, ni de la
	rate, ni de la moelle, pas de lymphomes dans les autres
	organes. Mais on est toujours en droit de se demander
	si l'examen de ces organes, particulièrement de la
	moelle osseuse, a été bien rigoureux.
	En somme, forme très rare, discutable même.
	Les types leucémiques sont-ils toujours aussi
	tranchés que les cas précédents. N'existe-t-il pas de
	leucémies mixtes, c'est-à-dire à la fois lymphatiques
	et médullaires ?
	La question n'est pas résolue. KLEMPERER et
	HIRSCHLOFF prétendent en avoir observé des cas.
	EHRLICH soutient le contraire : les observations des
	auteurs précédents ne seraient, d'après lui, que des
	combinaisons de lymphémie et de leucocytose banale.
	ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA LEUCÉMIE. — Hyper-
	plasie des tissus générateurs des leucocytes : ganglion-
	lymphatiques, follicules lymphatiques, rate, moelle
	des os dont l'activité pathologique se témoigne par de
	nombreuses figures de karyokinèse. La rate peut
	devenir énorme et emplir la ca
	La moelle osseuse retourne
	bules graisseux se résorbent, le
	rapetissent et entre leurs inter-
	de nouveau des myélocytes e
	nucléés, remplaçant les glob
	peu les myélocytes deviennent
	Malgré leur suractivité, les
	leucopoïèse peuvent être insul
	l'organisme ; alors on voit a
	tissus générateurs de leucocy
	ne relevant plus du système l
	foie, les reins, la peau, les mu

Dans la lymphémie ces métastases produisent des lymphocytes, ce sont des lymphomes. Dans la myélémie ce sont des myélomes.

Ces métastases peuvent même se faire au sein d'organes lymphatiques d'autre nature, par exemple métastase de lymphocytes dans la moelle osseuse, ou de myélocytes dans la rate ou les ganglions.

On en a conclu à tort à la combinaison ou à la transformation possible de la lymphémie en myélémie. Il n'en est rien puisqu'il s'agit alors de formation atypique et non d'hyperplasie.

A signaler encore dans les deux types de leucémie, un degré d'anémie considérable. Le sang a les caractères de l'anémie pernicieuse : Hyperglobulie extrême ; hématies naines ou géantes ; Hématoblastes et globules nucléés, taux en hémoglobine variable.

**PATHOGÉNIE DE LA LEUCÉMIE. —** Encore inconnue.

Pour connaître la cause de la lymphémie il faudrait avoir sur le rôle des lymphocytes des notions autres que celle de leur pouvoir de dégagement du ferment de la fibrine.

Pour la myélémie nous ignorons tout à fait le rôle des basophiles. Nous ne connaissons pour les acido-philés et surtout les neutrophiles que leur rôle de défense de l'organisme dans la lutte contre les microbes. Si la myélémie n'est que l'expression d'un effort curatif fait par l'organisme pour lutter contre un facteur inconnu, quel est cet ennemi ? N'y a-t-il pas plutôt pour le myélocyte à côté de cette fonction secondaire, accidentelle, de défense, une fonction fondamentale permanente encore inconnue dont la perturbation serait cause directe de leucémie ?

Disons un mot, enfin, de la théorie parasitaire. Lowit prétend avoir trouvé, depuis 1898, une amibe, l'*Hæmamoeba Leucæmiæ* dans onze cas de myélémies et trois cas de lymphémies.

Dans la myélémie le parasite se trouve à la fois dans le sang (où il est intra leucocytaire) et dans les organes lymphatiques (où il est extra-leucocytaire). Dans la lymphémie, il n'existe pas dans le sang. Ajoutons que les recherches de Lowit n'ont pas été jusqu'à présent confirmées.

## II. — L'ADÉNIE.

Contrairement à la leucémie, il n'y a pas de travaux récents sur l'adénie.

L'adénie se distingue de la leucémie par l'absence de

lésions sanguines ; c'est donc une

L'adénie est caractérisée par une ganglionnaire (ganglions) et des métastases possibles dans tous les organes ; elle ne détruit pas le tissu

L'adénie est en général marquée par une anémie, la présence

Problèmes à résoudre : ces questions

Existe-t-il d'

L'apparition de lymphémies compliquées de leucémie ou com

Existe-t-il des lymphatiques

Comment se manifeste le sens d'organe primitivement ?

Les parasites dans les leucémies

Observe-t-on la production de Rapports de c

État comparé de la leucémie à « alexurkôpe

## LE I

Le Congrès des prochaines semaines premiers jours nommé président (de Toulon) présidents ; le général, et M

Les questions prochaines son

1° Contraintes

2° Insuffisance

3° Médication



## savantes

**A. CHARRIN** a uable la résis-  
-anique, selon  
s de soude.

**ERT** et **GARNIER**  
l'anémie per-

produit des  
ies, par infec-  
rticulaire. Ils

**E. MM. Sou-**  
le cancer épi-  
que si leur  
examen histo-

**ERTHOE** fait le  
ent inutile et  
nd qu'il s'en  
bservé d'acci-

## en Italie

ssous. Quelques  
certaines apprê-  
it combien on se  
à quelles exagé-  
natoria.

ucoup l'Italie en  
récaution hospi-  
terrible maladie.  
ociétés se sont  
nt dans l'opinion

l de l'hôpital de  
atrefois dans la  
ures auparavant  
e corps médical.  
qu'il n'était pas  
allé acheter un  
age de M. Bondi,  
le cou. La mort

C'est un tuberculeux également qui, il y a quelques années, avait assassiné dans ce même hôpital de Santo-Spirito la sœur Saint-Agostino. L'instabilité naturelle aux phthisiques semble prendre, à Rome, un pli criminel. Le personnel hospitalier : médecins, sœurs, infirmiers, troublé par le terrible événement, s'agita et proposa des réformes immédiates. L'opinion publique, de son côté, se demanda, émue, si ces vengeances ne cachaient pas de justes rancunes. Il est certain que la façon dont les maladies tuberculeuses sont traitées dans les hôpitaux de Rome représente non seulement un épouvantable danger de contagion, mais une cause de mécontentement poussant au crime.

La salle des phthisiques à Santo-Spirito est un tel centre d'infection que le seul moyen d'échapper à la contagion est d'y séjourner le moins possible. Les médecins, les sœurs, les infirmiers y passent en courant. De là abandon des malades, mauvaise humeur de ceux-ci et représailles sanglantes. Aucune amélioration n'est possible, écrit un médecin de Rome, il faut supprimer d'urgence ce triste refuge et le remplacer par une baraque en plein air, dans la campagne, jusqu'à ce que le gouvernement y ait pourvu. Les phthisiques représentent un double danger qu'il faut supprimer, en les enfermant de force dans les sanatoria où ils profiteront des conquêtes de la science moderne et ne pourront tuer leur prochain par l'infection ou le crime.

Comment voulez-vous, écrit un autre, que dans les classes inférieures habituées à la violence, les malades, exaspérés par le manque de soins, ne deviennent pas criminels, lorsque nous constatons le degré de férocité auquel arrivent parfois les tuberculeux des classes aisées ? Et il raconte le cas d'un de ses clients poitrinaires qui, jaloux de la santé de sa jeune femme, la forçait à boire dans son verre et à endosser la chemise mouillée de sueur que lui-même avait portée !

La mort du D<sup>r</sup> Bondi aura donc peut-être pour résultat d'accélérer à Rome des réformes indispensables au double point de vue de la santé publique et de l'humanité.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### De l'exercice de la médecine sous un pseudonyme

Aux termes de l'art. 9 de la loi du 30 novembre 1892, il est interdit d'exercer sous un ps<sup>e</sup> docteur en médecine, chirurgien Dans son récent ouvrage *L'exercice latanisme*, p. 66, le docteur BR disposition fut ajoutée, brusquem au cours de la discussion devant ces médecins peu recommandable sous un nom supposé, les annunc reculeraient probablement dans celles-ci imprimeraient à leur noi une tare définitive. Mais, ajoute le n'a pas répondu à ce que l'on esp<sup>e</sup> d'exercer sous un pseudonyme si doit pas signer des ordonnances

On voit la distinction. Rien n'empêche de préconiser sur des affiches, généralement placées dans certains édicules, tel ou tel traitement du docteur ALBERT, du docteur EMMANUEL ou d'un autre docteur qui existe, est mort, ou n'a jamais été médecin; il est facile de recommander une méthode végétale, américaine, plus ou moins fantaisiste; mais si l'ordonnance est signée du nom d'un docteur, la loi n'est pas applicable ».

Malgré ces fâcheux pronostics, la jurisprudence vient de montrer qu'elle reconnaissait à la prescription de l'art. 9 une portée plus grande et une sanction plus efficace. Successivement, le tribunal de la Seine, dans un jugement du 18 novembre 1898, et, sur appel, la Cour de Paris, dans un arrêt du 14 mars 1899, ont appliqué l'art. 9 au fait par un dentiste d'exercer son art dans un appartement à la porte duquel était fixée une plaque ainsi conçue : « Docteur SYLVESTRE, dentiste américain. » Or, le mot Sylvestre était simplement le prénom du sieur Baumgartner, inculpé de contravention à l'art. 9. Les juges ont décidé « qu'en n'indiquant pas son nom de famille et en le remplaçant par son simple prénom, Baumgartner avait dissimulé son individualité d'une façon aussi complète que s'il avait pris un véritable pseudonyme ».

La question, en l'espèce, pouvait paraître délicate. Car qu'est-ce qu'un pseudonyme ? Un nom faux, un nom imaginaire, inventé de toutes pièces. Or, peut-on assimiler à un pseudonyme le prénom véritable employé à l'exclusion du nom de famille ? Mais le tribunal de la Seine a consulté l'esprit plutôt que la lettre de la loi. Dans un rapport sur la loi de 1892, M. CHEVANDIER avait dit : « Le pseudonyme est, dans l'espèce, un masque pour le charlatan ». Le tribunal a considéré que le législateur avait voulu attacher toute dénomination pouvant constituer un masque pour le médecin, pouvant permettre au médecin de dissimuler sa véritable identité. On ne peut qu'approuver cette décision. J. J.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

#### Règlement concernant le Doctorat de l'Université de Lille (mention pharmacie).

Par arrêté du 12 juillet 1899, M. le Ministre a approuvé la délibération du Conseil de l'Université de Lille instituant un diplôme de docteur (mention pharmacie) de cette Université et en réglementant les conditions de scolarité.

ARTICLE I<sup>er</sup>. — Il est créé un diplôme de Docteur de l'Université de Lille (mention pharmacie).

ART. II. — Les candidats à ce titre devront justifier du diplôme de pharmacien de 1<sup>re</sup> classe ou, s'ils se présentent à titre d'étrangers, d'un certificat d'études de pharmacie chimique et de toxicologie et d'un certificat d'études de pharmacie galénique et de matière médicale.

Ils seront astreints à une année d'études au cours de laquelle ils prendront quatre inscriptions trimestrielles.

Cette année de scolarité ne pour  
Faculté de Lille.

ART. III. — Les candidats acquiescent à l'inscription, de bibliothèque et les étudiants en pharmacie.

Seront seuls dispensés de ces deux examens les préparateurs et les aides-préparateurs.

ART. IV. — Les candidats, en choisissant entre la physique, la chimie et la pharmacie.

ART. V. — Ils subiront après cet examen comprenant :

1<sup>o</sup> Une épreuve écrite sur un sujet de chimie ou d'histoire naturelle, avec certificats énumérés à l'art. VI.

2<sup>o</sup> Une épreuve pratique se rapportant aux applications à la pharmacie chimie et de l'histoire naturelle.

3<sup>o</sup> Une épreuve orale d'une durée de quinze minutes avec chacun des examinateurs.

Les deux premières épreuves sont données par l'un des juges dans les délais fixés par le règlement.

ART. VI. — Les pharmaciens de l'Université de Lille : des certificats d'études de chimie générale et de minéralogie chimie : des certificats d'études de chimie minérale et de chimie appliquée : des certificats d'études sur la zoologie, seront dispensés d'accomplir néanmoins une partie de ces études à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille et pourront être dispensés, mais seules les études de cette quatrième année d'études.

ART. VII. — Les candidats à l'examen ci-dessus ou qui présenteront des équivalents énoncés à l'art. VI, inscrite contenant des recherches de cette thèse aura lieu l'examen des examinateurs.

#### DROITS A PERCEVOIR

Les droits à percevoir des candidats de l'Université de Lille (Section de Pharmacie) ainsi qu'il suit :

4 inscriptions trimestrielles à 30
4 droits trimestriels de Bibliothèque
4 droits de travaux pratiques à 10
1 examen. . . . .
1 thèse. . . . .

Les inscriptions pour la scolarité au diplôme seront reçues au Secrétariat de Médecine et de Pharmacie de Lille.





ente, les contractions spasmodiques du diaphragme et des muscles du larynx amènent un bruit tout spécial produit par l'air qui entre brusquement à chaque inspiration; de même dans ces crises violentes on observe de l'émission involontaire des urines et des matières fécales.

Tous ces symptômes que je viens de vous décrire, qui sont d'un aspect si saisissant et même parfois si effrayant, se déroulent souvent en moins de temps qu'il n'en faut pour les énumérer, et généralement la crise est terminée en une minute ou deux, quelquefois plus vite.

Lorsque tout est terminé, l'ordre bruyant et l'effort invincible.

Le tableau que je viens de vous décrire est classique, complet, général, et lorsque vous le rencontrez, vous ne devez pas vous méprendre. Mais, parfois, les mouvements sont moins restreints, vous les voyez esquissés, se dissolvant sans passer inaperçus. Les crises incomplètes que nous avons vues chez le malade dont je vous ai raconté l'histoire, c'est cette leçon.

Vous rencontrerez dans ces formes frustes et dans ces formes plus considérables, et dans cette diversité infinie, de la région où se trouvent les crises.

Ce que vous verrez les crises sont limitées à la face supérieure, ou bien c'est pris. D'autres fois la crise est prise dans un groupe musculaire, et vous observez des mouvements d'un groupe de muscles qui ont une origine commune. Ce sont là des phénomènes qui se produisent surtout aux membres supérieurs. Par exemple, le biceps se contracte. Vous pouvez dire que l'on a vu des crises aux membres inférieurs.

Ce qui permet, le plus souvent, de reconnaître une attaque convulsive fruste, c'est qu'on rencontre des crises générales que je vous signale comme la grande attaque, et vous voyez

**à un groupe musculaire ou à un seul membre être précédées d'un cri, d'une perte de connaissance, de troubles circulatoires et respiratoires et suivies ensuite d'une période de stupeur, de sommeil comateux.**

Chez les enfants atteints d'une maladie infectieuse amenant une fièvre élevée, et même chez certains enfants particulièrement nerveux et qui ont eu à subir, par exemple, une émotion un peu forte, vous observerez, pendant le sommeil, des mouvements cloniques, rapides, saccadés, très nombreux, de la tête ; sans cesse l'enfant fléchit sa tête à droite, à gauche, la retourne dans tous les sens sur son oreiller, les muscles du cou semblent être en proie à une véritable crise convulsive partielle. Eh bien, Messieurs ne croyez pas qu'il s'agisse ici de convulsions véritables. Ce sont des mouvements dus à une simple surexcitation du système nerveux, et qui n'ont rien à faire avec les vraies convulsions. Il faut que vous sachiez bien cela, car il faudra souvent que vous calmez les inquiétudes d'une mère qui redoute toujours pour son enfant les terribles convulsions. Ces mouvements se produisent pendant le sommeil et cessent avec lui ; ils ne s'accompagnent d'aucun trouble particulier dans les divers appareils, il n'y a là rien qui puisse vous alarmer et nécessiter la moindre intervention thérapeutique.

Les convulsions localisées à la face sont celles que vous observerez le plus souvent en tant que convulsions partielles, soit qu'elles occupent tous les muscles de cette région, soit même qu'elles se localisent à un seul côté, à un groupe de muscles, à une mâchoire, ou enfin seulement aux muscles de l'œil. Ce sont les convulsions localisées aux muscles de l'œil, que vous rencontrerez le plus habituellement. Cette extrême localisation fait que souvent elles passent inaperçues ; en effet, tout se limite parfois à quelques mouvements saccadés produisant de la rotation du globe oculaire en haut, ou du strabisme convergent ou divergent, ou d'une sorte de tremblement nystagmiforme.

Ici je dois encore vous prémunir contre une cause d'erreur assez fréquente. Bien souvent vous avez entendu à notre consultation des mères nous affirmer que leurs enfants avaient eu ce qu'elles appelaient des convulsions internes. Pressées de questions, elles nous apprenaient que leurs bûbes avaient renversé plusieurs fois leurs globes oculaires, et elles nous les conduisaient attribuant ces mouvements à des crises convulsives. Eh bien, Messieurs, non seulement ce

n'est pas là ce  
vulsions interne  
encore il ne s'ag  
Ce renversement  
même presque  
chez un grand  
sommeil, alors  
guerez très bie  
renversement  
verrez l'enfant t  
avec son globe  
versé et il rest  
convulsive ce  
vous observer  
l'œil et le rame  
normale. En ou  
plus ou moins c  
est contractée.

Tout à l'heure convulsions int toute particulie sions générales facilement, ma mitif isolé ! On nes une forme ment si elles s mais lorsqu'elle sont pas plus à

On entend s  
convulsions pa  
les muscles re  
On a aussi dor  
thymique. Nou  
appellation est

Au commencement mon excellent petit nourrisson mais qui avait des dents bizarres et Je dois dire que faire décrire les observations n'était pas, à force de plus apprendre nait, devenait t en arrière, il r puis en même très rouge et n

secondes,  
inspiratoire  
dre.

court ré-  
classique

convulsion  
larynx res-  
ini, se dé-  
aurez des  
que vous  
ments sac-  
tes inspi-  
oux parti-

onstituées  
ires et du  
ie peuvent  
is pour les

voulu voir  
pertrophie  
me je vous  
que. Il me  
arguments  
ez BLACHE,  
Ac., etc. et  
re avec les

ous parler  
thymus et  
e d'asthme

ralimenté,  
s, presque  
outre issu  
messieurs ;  
otitique, du  
ui, en réa-  
aux mus-  
t sont des  
rez tout-à-  
es notions  
er pour les

aurez à ne  
ve partielle  
un élément

spasmodique dont il faut tenir compte. Mais la laryngite striduleuse s'accompagne d'une inflammation des premières voies respiratoires, d'une toux rauque très caractéristique ; l'asthme dit thymique est au contraire à peu près *silencieux*. Enfin vous n'observerez guère ce dernier que chez les petits nourrissons, tandis que la laryngite striduleuse se rencontre surtout à partir de deux ans.

Je vous ai dit que le plus souvent la crise convulsive survenait brusquement, saisissant l'enfant en pleine santé et sans qu'il soit possible de la prévoir. Toutefois il est des cas, très peu nombreux, où peut exister quelques phénomènes avant leur apparition. Vous observez chez les nourrissons, une agitation légère, de l'insomnie et des pleurs, chez les enfants plus âgés, le regard devient hébété, il est fixe et constant dans la journée. Mais, je vous le répète, dans la plupart des cas ces prodromes font place subitement en convulsions, sans avertissement préalable.

Continuant l'étude clinique de l'asthme je devrais maintenant vous dire quelles sont les diverses formes de crises convulsives, quelle est la plus habituellement, et qui se rencontre le plus aux enfants qui en sont atteints.

Mais, Messieurs, après avoir dit ce que possible le plus, je vais maintenant vous parler de la crise convulsive générale ou partielle. J'ai esquissé les modalités cliniques de la crise de suite l'étude étiologique, car vous verrez que vous comprendrez quelles sont les causes que vous pourrez observer.

C'est le plus généralement dans les premières années de la vie que vous observez ces crises ; plus tard elles deviennent de plus en plus rares ; cela tient évidemment à ce que, pendant la période de vie, les nerfs sont plus excitables qu'à un tout autre âge. On observe aussi les phénomènes réflexes et une forte prédominance encore incomplète de l'action spinale.

Vous savez, Messieurs, que toutes les impressions recueillies à la périphérie ou dans le cerveau sont centralisées dans le *centre excito-moteur*, dans le *centre convulsif* que NOTHNAGEL place sur le bord inférieur de la protubérance. C'est là que ces impressions réunies seraient transformées en mouvements rayonnant dans les divers muscles. A l'état pathologique, l'excitation du centre est exagérée ou son excitabilité prend des proportions anormales, au lieu d'un mouvement coordonné, il se produit une convulsion c'est-à-dire un mouvement désordonné.

Quoi qu'il en soit cette excitation anormale ou cette excitabilité excessive du *centre convulsif* peut tenir à des causes bien diverses ; pour vous les citer toutes j'abuserais de votre attention ; je préfère les grouper et vous dire qu'il existe trois causes d'excitation anormales du centre convulsif : des causes d'ordre réflexe, des causes d'origine toxi-infectieuse, et des causes qui résident dans des altérations anatomiques des centres nerveux eux-mêmes.

Voyons d'abord les *convulsions par action réflexe*. L'action réflexe peut avoir son origine dans le cerveau lui-même. A notre époque de surmenage intellectuel et physique, alors que nous voyons certains parents vouloir faire de leurs enfants de petits prodiges, surchauffer pour ainsi dire leur intelligence à peine éclos et lui faire produire des fruits avant que la maturité ait pu naturellement s'en effectuer, chez ces enfants dont l'irritation cérébrale est permanente, souvent même larvés par leur hérédité, vous pourrez voir une cause minime amener des convulsions, et sous l'influence d'une vive contrariété, d'une colère et même d'une partie de plaisir exagérée, vous observerez parfois des accidents convulsifs.

L'éducation morale de nos enfants est actuellement faussée au plus haut point ; des fillettes on fait de petites femmes portant chapeaux à plumes et falbalas, se faisant appeler « mademoiselle » dès l'âge de cinq à six ans ; des garçons on fait des sportifs à outrance, des vélocipédistes qui étaient hier encore en robe ; et tout cela au grand détriment du cerveau qui est surexcité par tout ce surmenage absolument disproportionné avec l'âge des cellules cérébrales. Vienne alors une cause excitante nouvelle, en apparence minime, et la convulsion apparaît.

Les histoires de revenants et autres balivernes que l'on raconte aux enfants contribuent aussi pour une bonne part à amener des crises convulsives ; ici c'est

la peur  
vous  
l'éduca  
énergie  
en leur

Le p  
leur o  
nerfs p  
niveau

On a  
gles en  
trop se

L'en  
début  
vulsio  
au nive  
crise  
peut-ê  
crois,  
produi  
l'action  
daire a

Les  
de den  
la doule  
chez d  
C'est R  
ont voi  
la pous  
il n'en  
tement  
a été oc  
rappel  
mier v  
ici il ne  
de que  
d'un te  
donc u  
dents r  
serait la

Les t  
au pre  
vulsion  
vous se  
une au

L'ind  
soit pr  
qu'elle



âge. Mais je n'insiste pas  
ent, car j'estime que les  
gastro-intestinaux relèvent  
toxi-infection, bien qu'il y  
l'action réflexe partie de

voies digestives ont été  
le cause de convulsions.  
t le cas d'un nourrisson  
puis plusieurs semaines et  
u'un cheveu, long de 80  
tre les deux incisives et  
pharynx. Dès que le che-  
ions cessèrent comme par

e rôle des vers intestinaux  
ulsions, et vous rencontre-  
font prendre périodique-  
rs enfants pour parer à ces  
r contre cette coutume et  
les nourrissons alimentés  
n'ont à peu près jamais  
nvulsions sont surtout fré-  
mières années de la vie,  
des vers devient restreint.  
reint, mais je ne dis pas  
ntenant surtout où l'on a  
la vérité, de faire manger  
is enfants débiles, les vers  
tube intestinal (tœnia) où  
portés par l'eau et d'autres  
des enfants nerveux, prédi-  
queuse intestinale causée  
parfaitement amener des  
même titre que tout autre

nmme causes de convulsions  
exe, les corps étrangers de  
ence du testicule retenu à  
plication défectueuse d'un

toutes les intoxications sont  
accès convulsifs. Mais ce  
s gastro-intestinales aiguës  
grand facteur de ces acci-  
ait bien compte de l'impor-  
iverses maladies digestives,  
phénomènes de convulsion

que par un acte réflexe. Aujourd'hui que la notion  
d'infection de ces troubles digestifs est parfaitement  
établie on conçoit plus aisément que les microbes qui  
pullulent dans l'intestin de ces malades ou les toxines  
qui s'y élaborent puissent aller exciter outre mesure  
le centre convulsif et produisent alors les convulsions.  
Aussi ne serez-vous pas étonnés de rencontrer bien  
plus souvent ces convulsions chez les rachitiques,  
puisque ces enfants ne sont autre chose que des  
malades par vice d'alimentation. De même vous  
observerez bien plus souvent les convulsions chez les  
enfants soumis à l'allaitement artificiel, parce que là  
encore les troubles gastro-intestinaux sont bien plus  
fréquents. Enfin, l'intoxication digestive pourra venir  
du dehors, chez les enfants nourris au sein ; c'est  
alors la nourrice qui s'intoxique et transmet par son  
lait son intoxication à son nourrisson ; vous verrez  
par exemple l'alcoolisme d'une nourrice amener des  
convulsions chez son nourrisson.

La constipation à elle seule peut produire des con-  
vulsions ; il s'agit ici d'une véritable auto-intoxication ;  
la stercorémie produit la convulsion.

Vous savez, Messieurs, que chez un adulte quand la  
température est très élevée il existe du délire ; chez  
l'enfant ce délire n'existe pas, ou du moins chez le  
tout jeune enfant, il est alors remplacé par des  
convulsions, et c'est ainsi que vous pourrez voir  
apparaître une crise convulsive produite seulement  
par l'hyperthermie. Je possède un exemple de ces  
faits qui me touche tout particulièrement.

Il s'agit de ma propre petite fille qui, au commen-  
cement de 1894, présenta une convulsion généralisée  
dont je vais vous retracer les diverses particularités,  
car elles pourront vous être très instructives, si vous  
rencontrez des cas analogues. Ma fillette avait donc à  
ce moment un peu plus de 2 ans ; elle était en parfaite  
santé, et n'avait aucun trouble gastro-intestinal. Je  
dois vous dire cependant qu'elle était, et, est encore  
très nerveuse et assez impressionnable. J'habitais à  
cette époque là Limoges. Dans la soirée l'enfant, bien  
portante auparavant, fut prise de fièvre avec vomis-  
sements ; puis la nuit le ther-  
mètre monta, la somnolence était com-  
mune. Le matin à 7 heures, il y avait 40°3  
je remplaçais le thermomètre ;  
néanmoins il atteignit 40°, puis il e-  
leva un peu plus lentement et arriva à  
41° pendant que je regardais la c

enfant pousse un petit cri, puis rejette la tête en arrière, se raidit dans tous ses membres, les yeux se convulsent en haut, la face se cyanose, la respiration s'arrête et j'ai cru que ma fillette était morte. J'ai eu sous les yeux, tout le tableau classique, effrayant, horrible à voir, d'une convulsion généralisée, complète, très intense et qui se prolongea près de deux minutes. Après un court sommeil l'enfant revint à elle, puis dans la journée le thermomètre baissa à 39° et le lendemain matin la guérison était complète, il n'y avait plus rien du tout.

Plusieurs confrères ont vu, avec moi, mon enfant et, entre autres, mon distingué collègue de l'école de Limoges M. le Professeur JUSTIN LEMAITRE. Aucun d'entre nous ne sut très nettement expliquer la véritable cause de cette convulsion unique et qui ne précédait pas une maladie infectieuse puisque, je vous le répète, mon enfant était parfaitement guérie le lendemain. Quand, aujourd'hui, plus de 5 ans après, je songe encore à cet accident, je ne puis pas l'expliquer autrement que de la façon dont je l'expliquai à cette époque : convulsion par simple hyperthermie. — Notez en effet que l'enfant n'avait aucun trouble gastro-intestinal, elle n'avait pas d'indigestions, elle eut au début deux ou trois vomissements, mais cela sans aucun caractère particulier, c'étaient des vomissements comme il s'en produit presque toujours chez les enfants qui débute dans une fièvre. Il n'y eut pas ensuite une maladie infectieuse quelconque.

En cherchant bien j'ai trouvé la cause suivante : la veille de ces accidents on avait vidé, dans mon jardin, une sorte de puits perdu. Ma fillette, était restée à notre insu, assez longtemps penchée auprès de ce trou, pendant qu'on le vidait.

Je crois qu'elle fut alors intoxiquée par les émanations putrides qui s'en dégagèrent, d'où l'apparition des accidents fébriles et convulsifs. C'est la seule explication que j'aie pu trouver, et je n'en vois pas d'autre à vous donner. Quoi qu'il en soit de la cause première des faits, il n'en reste pas moins que c'est incontestablement l'hyperthermie qui a amené dans ce cas la crise convulsive.

Au début de la plupart des maladies aiguës de l'enfance, surtout dans les fièvres éruptives, dans la pneumonie et dans l'érysipèle, vous observerez assez souvent une ou plusieurs crises convulsives. Il s'agit dans ces cas d'une action toxi-infectieuse sur les centres nerveux des poisons microbiens et des microbes

eux-mêmes de la maladie.

L'infection palustre, évoque assez souvent l'épilepsie, même, toute l'attaque se fait.

L'urémie, l'insuffisance rénale produisent des crises de convulsions.

Enfin je vous signalerai encore par des poisons vulgaires, le cyanure de potassium, l'oxyde de carbone.

Je ne vous dirai rien de nouveau sur les étiologies d'une lésion des centres nerveux occasionnées par des infections, des tumeurs, des encéphalites, des traumatismes. Mais quand on parle des convulsions essentielles, on entend sans lésions, du moins visibles. Il ne faudrait pas en chercher la cause, et si, à l'autopsie, on trouve à une crise de convulsions la congestion du cerveau, la congestion de petites hémorragies, on ne peut dire que ce ne sont là des lésions causées par l'attaque.

Quant aux convulsions nerveuses, elles doivent être considérées comme des crises qui varient d'après la nature de la lésion.

Mais, Messieurs, quand on cherche les causes capables d'agir sur les centres nerveux, je ne vous ai pas tout dit. Il y a des causes prédisposantes, pour ainsi dire l'apparition d'une disposition individuelle, bien souvent, l'accident, la disposition individuelle, tel ou tel sujet jouent un rôle important. Je ne puis cependant dire que les convulsions que l'on observe dans les maladies infectieuses, surtout qu'on observe chez l'enfant, sont des crises de convulsions essentielles. Je vous l'ai dit, c'est le fait du délire, chez l'enfant. Dans ces cas c'est une irritation des centres nerveux qui amène la crise convulsive et si, dans ces cas, les centres nerveux y sont plus prédisposés, vous observerez des malades à présenter des crises convulsives.

ne réflexe, au contraire, ogie. Vous verrez alors is pour une cause exci- d'autres, dans des cir- ne nature, ne présente- si ? parce les premiers e héréditaire. Ils sont épileptiques, d'hystéri- liques. Enfin vous no- ces petits malades des norrhagies abondantes,

que vous savez dans se produire les convul-édiatement, sans que ement, quelles peuvent on, la marche de ces éservé à tous ces petits

lampsie est assez varia-ouvez admettre qu'elle rois minutes ; toutefois rrolonger douze heures. s extraordinaires, il n'a ns qui ont pu échapper

rise convulsive dépend ause qui l'engendre.

liées à une lésion céré-: répètent très-fréquem- z une crise convulsive, s essentielle, se repro-: le droit de soupçonner rveux préexistante ou lu, n'allez pas affirmer, vulsions qui se prolong- rapportées à une lésion qu'on voit des crises xi-infectieux se répéter on peut voir apparaître des phénomènes sura- à leur véritable cause ; ydrocéphalie, de petites laissent des paralysies itoires, longues à dispa- nivant qu'il ne s'agissait le petites hémorrhagies passager, ou d'hémor-

rhagies plus graves qui entraînent une destruction importante de substance nerveuse.

Certains auteurs ont pensé que les convulsions étaient le présage de l'épilepsie pour l'avenir. C'est là une opinion tout-à-fait erronée, si on l'exprime d'une façon générale. Pourquoi, en effet, voulez-vous qu'un enfant qui fait une crise convulsive au début d'un accès palustre, d'une scarlatine ou même par simple hyperthermie, soit ou devienne plus tard un épileptique ?

Il y a entre les deux états morbides une différence de nature considérable, et si l'accident convulsif se ressemble souvent dans les deux cas, la cause est toujours bien différente. Un nombre énorme d'enfants ayant eu des convulsions dans leur enfance ne deviennent jamais épileptiques, et parce que vous retrouverez dans les antécédents de certains épileptiques des convulsions de l'enfance je ne vois pas bien pourquoi vous établiriez entre les deux faits une relation de cause à effet. Il n'y a pas plus de raisons pour rattacher l'épilepsie à l'éclampsie infantile qu'il n'y en a à penser que cette même épilepsie est causée par toute autre maladie qu'aurait eue le patient dans son jeune âge.

Vous le comprenez bien, le pronostic est également lié à la cause productrice de la crise convulsive.

Les convulsions réflexes présentent ordinairement peu de gravité, et disparaissent le plus souvent, sans laisser de traces, avec la cause qui les produit.

Les convulsions qui se produisent au début des maladies infectieuses sont aussi habituellement peu graves, se limitent à un seul accès, et disparaissent sans laisser de suites ; c'est le délire de l'adulte, et pas autre chose.

Mais si, au contraire, les accès convulsifs se produisent au cours ou à la fin d'une scarlatine, par exemple, le symptôme est de la plus haute gravité et très-souvent l'issue est fatale, car il traduit généralement une complication cérébrale.

Les convulsions urémiques guérissent assez souvent. Quant aux convulsions d'origine gastro-intestinale, cela dépend de la nature de simple indigestion, une entérite guérissent rapidement ? Si, au contraire, c'est une entérite infectieuse grave, du type cholérique, par exemple, la convulsion est le premier signe du malade.

Des caractères de l'attaque

aussi tirer quelques éléments pour votre pronostic. Si la crise est très intense, généralisée, très prolongée, avec une cyanose très accentuée, si elle se reproduit très-vite, il y a lieu de redouter la mort par asphyxie ou les complications œdémateuses ou hémorragiques du côté du cerveau. Les accès isolés sont évidemment moins redoutables, le danger est très court, et dans ces cas, la crise n'a été qu'un incident banal ; comme un délire passager dans une maladie infectieuse de l'adulte ne change pas le pronostic, alors qu'un délire persistant, prolongé, intense, doit toujours faire craindre une issue fatale.

Enfin les convulsions internes, le spasme pharyngotique, présentent une gravité toute particulière et l'enfant peut très-rapidement mourir asphyxié.

Du diagnostic rapide dépend, vous le concevez bien, le succès du traitement. Il faut donc d'abord vous assurer que vous avez affaire à de l'éclampsie infantile, puis en rechercher la cause.

An point de vue clinique, il n'y a aucune différence essentielle entre une crise éclamptique et une crise épileptique ; c'est donc souvent le temps et l'évolution des accidents qui pourront fixer sur la nature du mal. L'âge de l'enfant, son hérédité, sa santé dans l'intervalle des crises seront d'un précieux secours ; plus l'enfant sera âgé, plus y aura de chance pour que ces accès convulsifs soient liés à l'épilepsie, surtout si chaque fois ils sont suivis d'un retour parfait à la santé. En revanche, plus l'enfant sera jeune, plus l'on devra penser à l'éclampsie, de même si on retrouve une cause irritative quelconque dont la disparition entraîne la disparition des accidents convulsifs. L'état de santé antérieur est un point important à élucider. Si la convulsion apparaît au début d'une maladie fébrile quelconque ou d'une infection gastro-intestinale, il y a tout lieu de penser à l'éclampsie ; la crise épileptique, au contraire, apparaît le plus souvent au milieu d'une parfaite santé.

Appelé auprès d'un enfant qui a ou vient d'avoir une crise convulsive, la première chose à faire est de vous informer de son âge, car je vous l'ai dit, plus l'enfant vieillit, plus l'éclampsie est rare. Vous étudierez avec soin l'hérédité et les antécédents personnels de l'enfant ; vous prendrez avec soin sa température, vous analyserez ses urines. Puis passez en revue toute la surface cutanée dans ses moindres replis pour y rechercher une cause d'irritation souvent minime ;

examinez la dentition, beaucoup, s'il a souvent voyez s'il a les gencives, les dents sont prêtes à demander à voir les : être l'explication des : rite ou dans la présenc

Cherchez enfin tous auscultez attentivement petit foyer pneumonique à la possibilité d'un médicament et in rage dans ce sens ; l'esprit les faits d'intolérance de la nourrice et pour arriver ici à la d sera pas toujours facile

Enfin recherchez toutes des autres affections et ainsi peu à peu vous qui a déterminé l'app

Une fois cette cause pliquera de lui-même

Quand vous arrivez vous arrivez pendant bien après l'attaque ; devez, pour éviter le immédiatement mettre de voir si la cause d'une cause externe fant la tête haute, a asseoir dans un grand largement ouverte, a un air aussi pur que diatement un lavement au lait avec un fœtida, mais ne donne comme un lavement cause d'irritation per vous vous absteni sinapismes aux jambes provoquent, peuvent sions.

Evidemment il faut de l'éclampsie. Si c'est entérique qui est en cause comme l'ipéca pourra l'émétique à la dose

s et enfoncez vos nez un lavementerez un purgatif le calomel, à la suite de l'âge.

hyperthermie, le excellentes résultats faut éviter toute éme nerveux, je dès l'abord, vos, je préfère les que je refroidis usqu'à 25°.

ment ? Vous le laissez les causes z un traitement is inspirant des que.

les calmants du aux parents de ques gouttes de mouchoir.

persistent, des ou du sirop avec 15 à 0.20, renou- à production du

dra en prévenir iter l'anémie, le mentation, toni- re son système les causes vives

## NS

les différents trucs gent des gogos, et nécessaire.

nt dupés par eux, in honnête docteur réclame. débite des ie des centaines de er trois francs de

ent les philosophes la bêtise humaine, n; nous pourrions

mettre nos clients en garde en divulguant les divers procédés de coquinerie dans toutes les feuilles à notre disposition.

Quelle belle croisade que d'instruire la naïve humanité, de lui apprendre à se préserver des aigrefins. Quelle utile croisade en même temps pour le médecin honnête et consciencieux qui voit ses clients s'adresser aux exploiters.

BROUARDEL, dans son dernier livre sur l'exercice de la médecine, a mentionné quelques-unes des innombrables formes du charlatanisme. Il existe, nous apprend-il, quelques rares médecins qui, fatigués d'attendre la clientèle, se font charlatans et exploitent le public par les mêmes procédés. Pour un peu, ils cacheraient leur titre de docteur comme leur portant préjudice : ils sont indignes de le porter.

Quel superbe défilé que celui qui nous montrerait :

Le médecin de vespasienne promettant la guérison absolue de toutes les maladies vénériennes (et à ce propos, je ne sais pourquoi le Conseil municipal ne réserve pas ces élégants édifices à l'affichage des jours, heures et divers renseignements sur les consultations de ses hôpitaux spéciaux ; il pourrait également donner ainsi quelques utiles avis sur la prophylaxie des maladies vénériennes ; mais il préfère sans doute laisser exploiter le citoyen électeur).

Les Instituts si florissants qui encombrant notre capitale et dont les journaux politiques nous annoncent, au milieu des plus graves nouvelles, les merveilleuses découvertes. Ces vertueux journalistes nous affirment que leur dévouement à l'humanité les oblige à signaler à leurs lecteurs tel institut bienfaisant ; celui-ci guérit radicalement les tuberculeux par un procédé entièrement nouveau ; avec celui-là, plus de sourd-muets, l'un rend la vue aux aveugles, l'autre fait marcher les boiteux. Tous font le traitement par correspondance, dont la formule constante est de réclamer la forte somme avant de commencer le traitement.

Les feuilles réclames délivrées par la poste, sur la voie publique et ailleurs. Elles font des cours de médecine, pronostiquent les plus graves maux, fournissent de mirobolantes attestations, donnent enfin le nom et l'adresse d'un bienfaiteur de l'humanité.

Les médecins sourient avec dédain ; ils ont tort, car cette concurrence leur enlève le pain, à eux et aux pharmaciens. Le client plumé devient méfiant et sceptique, il confond dans le même mépris charlatan et médecin, bien que seul, le premier lui ait pris son argent.

Une des plus curieuses formes adoptées par le charlatanisme est le journal gratuit mensuel ou hebdomadaire qui, sous couleur de science, s'introduit dans les familles, jette le cri d'alarme propose des médications coûteuses et exploite les dupes.

Quelques-uns de ces journaux toujours le même, adressé à d'être pipés. Ce premier et de la treizième année, numéro 49 apparition, en est à sa dixième les neuf précédentes, elles n'

Mais d'autres ont de pulsés régulièrement, sont même illi

J'en tiens un des plus amusants entre mes mains : « *La Thérapeutique Fin de Siècle* ». Feuilletons-le ensemble, si vous voulez me suivre, je vous promets un joyeux moment.

« Consultations à domicile. Il suffit au malade d'adresser aux bureaux du journal un télégramme demandant la visite d'un médecin, pour qu'un des nôtres prenne immédiatement le premier rapide ou express lui permettant de se rendre dans le moins de temps possible auprès du malade. Le prix de ces visites se calcule d'après le temps passé hors de Paris et le voyage en première classe.

« Désormais, grâce à la nouvelle décision prise par l'administration, nous sommes en mesure de nous rendre en moins de 24 heures au point le plus extrême de la France. Une dépêche et nous partons, au reçu du télégramme, par le premier train. Pour les clients nouveaux, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas connus, un mandat télégraphique du montant du voyage en première classe aller et retour plus 150 francs, devra accompagner le télégramme. »

La question argent termine toujours les articles du canard thérapeutique. Qui n'a lu cette petite correspondance :

C. K. — Vous avez reçu le n° du 6 juin concernant la question. L'appareil nécessaire est le biovital n° 2, dont le prix est de 200 francs. Les résultats sont excellents et les applications sans danger, comme toutes celles du biovital.

C. X., à Carpentras. — Votre affection est le chancre des fumeurs. Il faut vous hâter de vous soigner. Deux appareils sont nécessaires : le brûleur du prix de 100 francs et le biovital de 150 francs.

Demandez-les à notre administrateur, en rappelant cette réponse. Je vous adresserai avec les appareils toutes les indications nécessaires.

Isis. — L'épilation se fait au biovital épilatoire, que nous tenons à votre disposition. Son prix est de 350 francs. Il n'existe pas de traitement supérieur, car il est définitif.

Voilà un gaillard qui ne donne pas ses appareils. Il doit prendre en pitié la visite à trois francs. Sous le titre : « le prix du biogène on lit :

« La Société biogénique, dans le but de favoriser la diffusion du biogène, dû aux travaux et aux recherches de son éminent directeur, a décidé que l'appareil sera délivré au prix de 8 francs dans toute la France. Il suffira donc d'adresser la demande du merveilleux petit appareil à l'administrateur, avec un bon ou mandat-poste de 8 francs, pour recevoir le biogène par la poste. »

Cet excellent directeur a même une clinique gratuite pour laquelle il demande le concours de ses lecteurs et amis. Il renouvelle la demande de secours qu'il a tant de fois adressée pour les malades pauvres. « L'hiver s'approche avec son cortège de besoins de toute espèce. Vieux appareils ayant rendu les services qu'on en attendait, et quelque menue monnaie ne sont rien pour chacun, ces secours-là aident à sauver pas mal d'existences, et pas des moins utiles ! Nous sommes reconnaissants de la moindre somme. »

Les âmes généreuses peuvent être tranquilles sur l'emploi de leurs dons, car « les noms de ces généreux amis figurent avec les sommes versées dans le numéro de *La Thérapeutique Fin de Siècle* qui suit la réception. »



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr par an

Paraissant à Lille le Dimanche Matin

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. CONBENALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté; Bédard, professeur agrégé de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphilitigraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

MM. Deléarde, professeur de clinique; Dubar, professeur de clinique agrégé; Kéraval, directeur; De Lapersonne, professeur de clinique; Looten, médecin (Valenciennes), membre de l'Académie de médecine; Moty, médecin; Oul, professeur agrégé; Surmont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la République

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse doit être accompagné d'un avis écrit.

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX Chirurgie de l'estomac : L'ablation du cancer, par le docteur Lambret. — Mort foudroyante par embolie à la suite d'hystérectomie abdominale guérie; symptômes révélateurs d'une embolie menaçante, par le professeur Folet. — Nicolas de la Framboisière et la Médecine il y a trois siècles, par le docteur Potel. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

## L'ablation du cancer

Par le docteur Lambret, chef de clinique chirurgicale.

Notre but n'est pas dans cette étude de tracer l'histoire clinique du cancer de l'estomac, nous n'aurions rien à ajouter aux traités de pathologie qui sont dans toutes les mains. Nous voulons seulement montrer ce que peut, à l'heure actuelle, la chirurgie contre une affection à évolution implacablement progressive et fatale. Ce point de la thérapeutique du cancer de l'estomac est moins bien connu, ou plutôt il est faussement connu, car dans ces cinq dernières années les progrès accomplis ont été tellement considérables que les statistiques antérieures n'ont plus qu'une valeur très relative.

Le principe de la nécessité de l'ablation large des néoplasmes est admis aujourd'hui par tous; l'intervention chirurgicale étant notre seule ressource, sa

légitimité n'est pas discutable. Elle ne fait pas exception dans les cas où elle n'est ni plus malin ni plus grave que dans les autres; sa marche n'est pas plus grave; son évolution n'est pas plus grave; au moins 30 % des cas de cachexie ni d'infirmité par suite de la généralisation dans les organes ne soit pas fructueuse même si on s'en rappelle les auteurs, on en arrive à la conclusion que la règle. Dans le traité BROUARDEL et dans 30 % des cas, le cancer de l'estomac dans 25 % en moyenne où ils ne sont pas prouvés à première vue, ces chiffres ne permettent pas de conseiller l'intervention, le temps de la réflexion s'amoindrit; ils sont, dans les protocoles d'autopsie de cancers très développés dans les mêmes conditions d'autopsies de morts par cancer, on croit que les résultats sont justifiés. C'est justement là qu'il faut se souvenir d'amphithéâtre



ix cancéreux parsemant  
e cancer mort et prêter  
r vivant. L'épithélioma  
out, d'abord une petite  
tte tumeur grandit plus  
nfermée très longtemps  
s se propage à distance  
s cette propagation est  
les petits ganglions de  
bure opposent pendant  
se à la migration des

tion que le cancer de  
en. Le principal est de  
ous verrons que « la  
: quand on s'adresse à  
ez des gens encore bien  
eusement nous ne pos-  
pathognomonique, de  
mac. Les douleurs, les  
s, les signes de sténose  
ur affirmer la nature  
du chimisme stomacal  
ne donnent que des  
assez constant dans le  
et la présence d'acide  
gnification très impor-  
gtemps à se manifester  
est purement de nature  
ons de l'état général  
en considération, mais  
il n'est possible de les  
déjà acquis un certain  
me l'a dit EICHORST, le  
uand il y a tumeur, et  
op tard pour parler de  
amère ironie que de  
du cancer de l'estomac  
l'embarras du clinicien  
ster jusqu'au bout, car  
est impossible, dans  
stic entre l'ulcère et le  
atrice n'est donc pas à  
ous fournir le signe de  
somme le seul moyen  
irer notre opinion ; les  
auxquelles elle nous  
; il faut passer outre et

considérer comme cancer toutes les tumeurs stoma-  
cales qu'elle nous fera découvrir. La nécessité de la  
laparotomie exploratrice doit donc être proclamée  
sans hésitation ; mais le point difficile, c'est de  
décider à quel moment elle doit être pratiquée.

CZERNY en posait, au congrès de Moscou de 1897, les  
indications de la façon suivante. Lorsqu'il y a insuffi-  
sance chimique et motrice de l'estomac, lorsqu'un  
traitement médicamenteux et mécanique soigneux  
n'est pas capable de supprimer les troubles subjectifs  
du malade et de maintenir d'une façon durable le  
poids du sujet à son état normal, on doit appeler le  
chirurgien et poser le diagnostic à l'aide de la laparo-  
tomie exploratrice. Alors, selon ce que l'on trouvera  
on pourra facilement décider si les troubles du malade  
doivent être supprimés par l'excision d'une tumeur  
ou d'un ulcère ou par la gastroentérostomie ou par la  
pylorectomie. Selon GUINARD, à qui nous empruntons  
bon nombre des matériaux de cette étude, les élé-  
ments qu'il faut prendre en considération en face  
d'une affection gastrique pour proposer la laparo-  
tomie sont : « 1° les modifications nettement appré-  
ciables du chimisme gastrique et tout particulièrement  
l'apepsie et la présence d'acide lactique après un  
repas d'épreuve ; 2° l'impossibilité de relever rapi-  
dement ou de maintenir d'une façon durable le poids  
du corps à son état normal par un traitement médical  
bien conduit, en d'autres termes la constatation de la  
marche progressive du mal en dépit de tous les efforts  
médicaux et cela sans considération aucune pour  
l'état subjectif du malade. » Ainsi donc il faut savoir  
reconnaître à temps l'inutilité du traitement médical  
et ne pas s'effrayer de cette intrusion de la chirurgie  
dans ce qui était considéré jusqu'ici comme du  
domaine de la médecine. DOYEN l'a dit, là où la  
médecine est impuissante, la chirurgie reprend ses  
droits, il faut savoir comprendre l'intérêt véritable de  
son malade lui communiquer ses  
hensions, ses craintes, l'engage-  
ration benigne la certitude d'avoir  
un cancer de l'estomac, à une h  
néoplasme, s'il existe, présent  
gravité.

La laparotomie a montré l'existence  
il s'agit maintenant de déterminer  
il ne peut être question d'enlever  
dans certains cas, il faudra se  
ration palliative ; les statistiques

que la proportion des cancers operables est d'environ 30 %. L'extirpation large du cancer doit, il est vrai, être tentée le plus souvent possible, mais certaines conditions sont nécessaires. On doit commencer par examiner l'état général et constater que cet état général est encore relativement bon, il faut que le malade puisse supporter un acte opératoire toujours assez long (nous croyons qu'il est difficile d'aller en-dessous d'une heure), ce serait folie de tenter une gastrectomie chez un moribond ; néanmoins il faut se rappeler que Roux alimente ses malades aussitôt après l'opération et compter sur cette alimentation rapide pour aider l'opéré à supporter le choc ; si le malade se trouve dans un état d'inanition avancé causé par la sténose du pylore, la gastroentérostomie, opération de nécessité, s'impose parce que beaucoup plus bénigne et plus rapide. Plus tard quand l'embonpoint sera en partie revenu et la résistance augmentée, l'opération radicale pourra être tentée s'il y a lieu. S'il n'existe pas de sténose et qu'on se trouve chez un malade non résistant, en présence d'un cancer en nappe, il n'y a guère que deux partis possibles, ou l'abandon ou l'ablation ; GUINARD pense que dans ce cas « les indications se tirent du cas particulier et du tempérament du chirurgien » et il paraît avoir un penchant prononcé pour l'intervention. Notre opinion personnelle, c'est qu'on doit respecter ces néoplasmes très avancés, aider les patients à mourir en ne leur marchandant pas les narcotiques dont nous disposons ; les opérer c'est courir à un insuccès certain et jeter le discrédit sur une intervention cependant très justifiée dans d'autres cas. Néanmoins, il ne faut pas aller trop loin dans cet ordre d'idée, car vouloir n'opérer que des malades dans un état général florissant serait se condamner d'avance à l'inaction. L'expérience nous montre que, le choc opératoire dissipé, cet état général se rétablit toujours avec une rapidité merveilleuse.

La question de la résistance du sujet étant jugée, l'estomac sous les yeux et dans la main, le chirurgien doit examiner le néoplasme, apprécier ses adhérences, découvrir les métastases. On n'est autorisé à tenter la résection que si elle se présente comme facile, que si on ne prévoit aucune complication, aucune manœuvre aveugle dans un champ opératoire où la clarté ne peut faire défaut un seul instant. C'est donc avec beaucoup de soin qu'on déterminera l'étendue de la tumeur, sa mobilité, ses adhérences et

qu'on explorera la parfaite connaissance des adhérences. VON HACKER conseille le petit épiploon vaisseaux, de préférence l'épiploon gastroduodénal dans chacun de ces cas. Les adhérences complètement laissent les épiploiques ne sont pas souvent d'ailleurs. Il ne faut pas toucher à la vésicule, aux artères, les hémorragies sont trop nombreuses. Le pancréas est mobile, il faut le lier avant de couper.

Les ganglions du grand épiploon, les courbures de l'estomac, la partie supérieure du grand épiploon, l'opération et leur enlèvement. Le groupe ganglionnaire du pancréas doit être enlevé des hémorragies.

On voit, en résumé, que la résection gastrique, enlèvement des petits ganglions, enlèvement des ganglions envahis, l'extirpation du cancer n'est possible que si le cancer est en situation au dehors de l'estomac, ou l'estomac est libre, ou l'estomac est libre à peine, ou l'estomac est libre peu près la même chose que l'estomac n'est pas libre, se fasse d'une façon ou d'une autre, la grande partie de l'estomac doit être dans les conditions les plus défavorables et fréquents ; s'il y a des aliments, ils vont provoquer des régurgitations de l'estomac, du côté latéral droit les fonctions du fonctionnement du relèvement ramènent les engrais ordinaires. D'ailleurs, phénomène se reforme, non qu'auparavant, 1

innablement

édiates sont, mplicité en-examiner les toire (1) des FLER en 1896 « Parmi les urgiens alle- les malades : en vie après ou vivent ; en outre un ré il y a plus leux malades t absolument es qui ont dû e deux à huit ades dont la ns, elle s'ac-ouveaux ma-communicallemande en ix opérés de ZERNY opérés it ans, deux eux de HAHN uCKER de huit 1/2 et deux rectomie un deux ans et enir que ces fortifier nos qu'elles sont ive survient e de WOLFLER sur ces 159 d'une année ; n est un peu is, 44 ont été s résultats ne nécessaire de ismes opérés, âge, l'étendue enlèvent tous le cette persé-

très documentée,

véance farouche, mais blamable, ils s'exposent plus que d'autres à des opérations incomplètes, c'est-à-dire à une récurrence sûre. Il faut également tenir un grand compte du bénéfice acquis par l'opération, même en cas de récurrence. KROHLEIN a calculé qu'un cancéreux reconnu opérable de résection et abandonné sans opération vit encore, en moyenne, 209 jours. Or, en admettant que l'opération ne puisse prolonger la vie du malade que de un an et demi — moyenne admise par les différents auteurs — à dater du jour de l'opération, c'est néanmoins 338 jours, presque un an de survie qu'on ajoute aux 209. Et, dans l'intervalle, le malade reprend espoir, ses forces reviennent, les souffrances disparaissent, l'alimentation est possible et reste le plus souvent possible jusqu'à la mort, qui survient lentement et sans douleur, par cachexie. C'est pourquoi MICKULICZ a pu dire : « même si nous ne prolongions pas la vie de nos opérés d'un seul jour, l'opération serait justifiée à mes yeux. Je n'ai jamais entendu un seul mot d'ingratitude des opérés et beaucoup étaient en état, quelques mois après, de reprendre leurs occupations ».

Voyons maintenant la mortalité opératoire. Elle a été effrayante au début ; en 1883 on comptait 85 décès pour 100. Mais d'année en année elle devient moins considérable. GUINARD nous montre par quelques chiffres l'amélioration manifeste des statistiques : HAHN, 1891-1896, 28,6 p. 100 de mortalité sur 7 cas ; 3<sup>e</sup> série de BILLROTH, 1890-1894, 26,7 p. 100 sur 15 cas ; CARLE, 1891-1897, 25 p. 100 sur 12 cas ; PÉAN, 1891-1896, 22,2 p. 100 sur 9 cas ; MANTEUFFEL, 1895-1896, 20 p. 100 sur 5 cas ; KOCHER, 1890-1896, 15,4 p. 100 sur 26 cas ; KRONLEIN, sur 7 malades opérés, en 1894-97, n'en a perdu qu'un seul de gangrène pulmonaire, soit 14,3 p. 100. V. HACKER vient de communiquer au XXVII<sup>e</sup> congrès allemand de chirurgie sa statistique qui porte sur neuf cas avec huit guérisons et une mort. En France, nous ne connaissons pas encore les ceux qui s'occupent de et plusieurs sont vierges de de semaine qu'à la Société d un malade opéré et guéri. I niable : il est dû aux perfecti à la richesse de l'instrument au soin minutieux que pren plus tenter que des opératio Vingt à vingt-cinq cha

immédiat, un très grand nombre de récurrences d'un an, quelques guérisons définitives, moi ment des survies de plusieurs années, voilà bilan actuel de la gastrectomie dans le ca l'estomac ; convenons que ces résultats pei pas paraître encourageants, mais faisons rei que la chirurgie des cancers n'est en aucun brillante. Est-ce une raison pour nous décou refuser systématiquement l'intervention, se source dont nous disposons, puisque le tr médical est complètement impuissant ?

Nous ne le croyons pas ; nous avons la foi qui d'un pareil renoncement n'est pas encore se nous dirons du cancer de l'estomac ce qu disait de celui du rectum : « il faut, toutes les l'état général du malade le permet, tenter l'ext et la tenter encore, malgré les revers et ma désastres. Dans cette chirurgie de condamnés une seule résurrection console de cent insi C'est l'espoir d'une guérison radicale et défin nous met le bistouri dans la main, et cet es assez fort pour nous enlever la crainte des mo ratoires et des récurrences : La mortalité opérat appelée à devenir presque nulle si on ve n'opérer que des malades triés, si on ve admettre la laparotomie exploratrice précoce a la récurrence, c'est l'épée de Damoclès qui tous les opérés de n'importe quel cancer, n'empêche pas cependant d'intervenir con cancers.

### **MORT FOUDROYANTE PAR EMBOLIE à la suite d'hystérectomie abdominale**

SYMPTÔMES RÉVÉLATEURS D'UNE EMBOLIE MÈN

par M. le professeur Folet

A la fin d'octobre 1898 était couchée au nur de ma salle Saint-Augustin une femme qui, d jours auparavant, avait été opérée d'hystér abdominale pour fibrome utérin. Elle allait le et me demandait son exeat pour le 1<sup>er</sup> novem lui objectai qu'elle sortirait malgré mon av trois semaines ne s'étaient pas tout à fait e depuis l'intervention et que c'était peu pour u ration aussi importante ; que chez elle en par il s'était produit, quelques jours après l'hystere certains phénomènes (sur lesquels nous revie

Le mécanisme de la mort est très facile à concevoir : le coagulum se forme dans une veine à proximité d'un minuscule foyer d'infection locale, d'un fil par exemple qui, malgré l'éthuve ou l'ébullition, est demeuré parfaitement aseptique. Et il ne faut pas croire que

ci ne se puisse produire à la suite d'une opération tout à fait normale. AUCHÉ et CHAVANNAZ, de

s numéros de la *Revue*  
ar des examens micro-  
éaux recueillis à la fin  
lecture du ventre, dans  
que 85 fois sur 100,  
sement les règles de  
t pas se vanter d'avoir  
idéalement aseptique.  
blanc que l'on trouve

comme on le croyait  
dation microbienne, le  
rmes introduits quand  
de défense et que les  
Mais que sur un seul  
à manquer ; un petit  
la thrombose veineuse

st le processus initial  
choses se passent dans  
s ; c'est certainement

nsi qu'elles se sont passées dans notre cas. Le  
dillot ne peut-il jamais se former autrement ?

Aujourd'hui que l'on a tendance à ne voir absolu-  
ent que l'infection, on nie tout autre processus : la  
rombose ne se forme dans une veine que consécu-  
vement à une altération, et à une altération micro-  
enne, de l'endothélium veineux. Il m'a toujours paru  
en difficile d'admettre cette altération infectieuse  
imordiale dans les cas, dont j'ai deux fois été témoin

qui sont d'ailleurs parfaitement classiques, d'em-  
plies mortelles suites de coagula veineux formés  
dans les veines voisines de fractures fermées et ayant  
guéri sans l'ombre d'un accident. Pourquoi ne veut-  
on pas croire théoriquement possible que dans une  
veine brusquement obturée par une compression,  
ou par une ligature, la colonne sanguine stagnante soit  
susceptible de se coaguler ; moins vite et moins faci-  
lement sans doute que si le sang était sorti du vais-  
seau ; mais enfin la seule immobilité ne peut-elle

permettre à la fibrine de se solidifier ? Je n'y vois  
pour ma part aucun empêchement. Je sais que ce que  
j'écris là est terriblement démodé. La conception  
Virchowienne des thromboses primitives, après avoir  
longtemps régné en maîtresse, est reléguée dans le  
domaine des vieilleries. Qui sait si on ne la démon-  
trera pas un jour applicable à certains faits ? Sans  
être très vieux encore, j'ai déjà vu de ces regains de  
succès en faveur de théories médicales dédaignées :  
*Multa renascentur quæ jam cecidere...*

Toujours est-il que le caillot, quelle qu'en soit l'ori-  
gine, reste souvent adhérent aux parois du vaisseau  
où il est né ; et alors la guérison arrive par obli-  
tération plus ou moins complète du calibre et formation  
d'une circulation collatérale. Mais parfois le caillot,  
se détachant du moule veineux où il s'est produit,  
chemine, arrive dans la veine hypogastrique, puis  
dans la veine cave où, beaucoup plus à l'aise, il se  
pelotonne, parvient dans l'oreillette droite, puis dans  
le ventricule, d'où il est projeté dans l'artère pulmo-  
naire, s'arrête à l'éperon de bifurcation ; et, quand il  
est assez volumineux pour obturer étroitement les  
deux vaisseaux, amène la suppression brusque de la  
circulation pulmonaire et la mort en quelques ins-  
tants. C'est ce qui est arrivé chez notre pauvre  
malade.

Quelque symptôme peut-il faire soupçonner la for-  
mation silencieuse d'une thrombose veineuse profonde  
et la possibilité d'une embolie future ?

J'ai dit que certains phénomènes s'étaient mani-  
festés chez notre malade dans la période post-opé-  
ratoire. Voici du reste l'observation sommaire rédigée  
par M. HÉZE, mon interne, d'après les notes consignées  
au registre de gynécologie du service :

Le 10 octobre 1898 entre à l'hôpital Saint-Sauveur,  
dans le service de M. le professeur FOLLET, salle Saint-  
Augustin, lit n° 12, la nommée D..., Marie, âgée de  
46 ans, et demeurant à Sains-du-Nord.

Cette femme a eu deux enfants. Elle n'a jamais eu  
de fausse couche. Depuis deux ans elle perd très sou-  
vent du sang très abondamment et est obligée de se  
coucher. Elle ne ressent aucune douleur. Les mictions  
sont fréquentes et peu abondantes. Le toucher per-  
met de sentir un col très gros non bosselé, de consis-  
tance normale. L'orifice du  
Le toucher et le palper com-  
utérin très volumineux, de  
volume peut-être comparé à  
Le fond de l'utérus est à  
au-dessous de l'ombilic. L'ex-  
tre que la muqueuse du col

Diagnostic : fibrome utérin.

Les pertes incessantes qui affaiblissent beaucoup cette femme et l'obligent à garder le lit plusieurs jours par mois, l'amènent à demander très instamment qu'on la délivre de son mal.

Opération le 12 octobre : hystérectomie abdominale faite par la méthode américaine, très simple et rapide. Hémostase faite très soigneusement. On enlève l'ovaire droit, légèrement kystique, avec l'utérus. L'ovaire gauche est laissé. Drainage vaginal. Plaie abdominale fermée par deux plans de sutures. Pansement iodoformé.

Le 13 octobre la température est normale. La malade ne souffre pas. Pas de selles, aussi ordonne-t-on un purgatif.

17 octobre. — Température 37°6. On enlève le drain vaginal.

Le 20 octobre, la malade a le soir 38°5. Cette élévation thermique s'accompagne d'un point de côté à droite et en arrière. Matité et respiration soufflante vers la base du poumon. On remarque également que, durant deux jours, la malade a une pommelte très rouge, la pommelte droite.

23 octobre. — La température oscille entre 37° et 37°5. Le pansement est refait. Il y a réunion par première intention ; on enlève les sutures ; pas la moindre induration de la cicatrice. Aucune douleur dans le ventre. La cicatrisation du fond du vagin est également complète. Appétit. La malade déclare qu'elle va très bien.

Que l'on veuille bien comparer cette observation et particulièrement le passage que j'ai imprimé en italique, avec une leçon clinique du professeur PINARD concernant une puerpérale ayant présenté de la phlegmatia alba dolens. Au cours de cette phlegmatia, la malade de M. PINARD avait expectoré par deux fois, à dix jours de distance, des crachats hémoptoïques avec suffocation et point de côté (1). Ma malade avait présenté le huitième jour une élévation thermique avec point de côté, dyspnée légère et congestion pulmonaire ; elle avait offert aussi cette rougeur d'une pommelte que Jaccoud a indiquée il y a longtemps comme symptomatique d'un processus phlegmasique du poumon.

Depuis longtemps déjà M. le professeur PINARD a insisté, en particulier dans son travail concernant le traitement de l'infection puerpérale (2), sur la relation des symptômes thoraciques avec la phlegmatia :

« A l'heure actuelle, dit-il, quand nous voyons sur-  
« venir pendant les suites de couches un point de côté  
« peu accusé ou souvent une douleur à faire jeter  
« des cris, douleur au niveau de l'épaule, coïncidant

» avec u  
» respira  
» tence d  
» qui pr  
» et sont  
» deux à  
» alba do  
» la mar  
» fois la  
» seul, s  
» phlegn  
» les me  
» Ains  
» annon  
» constit  
» de côt  
» l'épaul  
» mènes  
» ment l  
» l'et fina

M. PINARD a  
naire un  
bite infe  
embolies  
Ne provi  
et flottan  
celles se  
qu'elles  
mais bie  
des dates  
c'est qu'i  
chez une  
laquelle  
mènes pa  
phlébite  
condamn  
moins. S  
à mes co  
le lit qui  
serait vr

NICOL

A  
par le do

NICOL  
généraler

(1) *Bulletin médical*, 10 mai 1895.

(2) *Traitement de l'infection puerpérale*, PINARD et WALLICH, p. 142.

siècle dont les  
mus aujourd'hui.  
decin à Guise, les  
En 1606 nous le  
ecine de Reims.  
la place de pro-  
le médecin de

.95, est intitulé :  
*nubus aphoristica  
rporis continetur.*  
réunit dans une  
c'fort en 1629, à  
1669.

4) : « *Les œuvres  
nseiller et méde-  
rites l'histoire du  
harmacie pour la  
maladies internes  
e moyen desquels  
dire et d'heureu-*

· Mercière, à la

20 pages ne con-  
compilation et  
PARÉ, de DU  
lle le prince des  
la prétention de  
tituait la science  
y trouve aussi  
pyrée, que celle  
en, sans compter  
its et thériaques.  
nsidéré comme  
n n'en eut point  
rivilègedu Roy.

pour le bien et  
AM DE LA FRAN-  
faire des grands  
ns que par enuie  
s les voulussent  
os lettres de Pri-

xendium scienti-

n aperçu rapide  
ue. Il n'est pas  
ière et de cons-

e parler notre

auteur. Nous nous en voudrions d'enlever quelque chose  
à la naïveté de certaines interprétations.

#### ANATOMIE

L'os est une partie du corps extrêmement dure et terrestre,  
partant de tempérament froid et sec ; aussi est-il engendré  
de la plus grosse matière du sperme, non toutefois gluti-  
neuse, mais grasse C'est pourquoi il se nourrit de moelle,  
qui est chaude, humide et oléagineuse.

Le cartilage est de mesme substance que l'os, excepté qu'il  
n'est pas si sec, ny si dur : aussi n'est-il pas si mol que le  
ligament. Au surplus il est blanc comme les autres parties  
spermatiques.

La chair est une partie simple, engendrée de sang médio-  
crement desséché. Elle est de température chaude et humide  
et de couleur rouge. La chair sert à la perfection, force et  
défense des parties auxquelles elle a été ordonnée par la  
nature et pour humecter celles qui sont trop seiches.

La graisse est une partie simple, humide et blanche,  
faite de la plus onctueuse et plus aérée portion du sang.  
caillée et espaisie par la froidure des parties spermatiques,  
lorsqu'elle resude, comme une rosée, sur elles.

Le cerveau est le principal organe de la faculté animale  
pour ce qu'il est le siège de l'âme...

Dedans le cerveau il y a quatre ventricules, où est contenu  
l'esprit animal... On y voit un admirable tisseur de veines  
et artères meslées ensemble, qu'on appelle *plexus choroïdes*,  
où se prépare l'esprit animal.

Plus, deux conduits, un qui va aux productions mammil-  
laires, pour l'inspiration et expiration du cerveau, et pour  
recevoir les odeurs ; l'autre, qui va droit au troisieme ven-  
tricule pour y porter l'esprit animal. Sur le troisieme ven-  
tricule, il y a une voûte pour soutenir toute la pesanteur  
de la cervelle de dessus de peur qu'elle n'estoufast la cavité  
et n'accablast l'esprit qui est dedans.

Les *poumons* sont les principaux organes de la respira-  
tion... Quant à leur tempérament, si on a esgard aux vais-  
seaux et autres parties spermatiques qui entrent en leur  
composition, on les jugera incontinent de complexion  
froide et seiche ; mais si on considère qu'ils sont de sub-  
stance charnûe, molle et baveuse, et que leur parenchyme  
abonde par-dessus les parties spermatiques, on recognoistra  
qu'ils sont de température chaude et humide. Néanmoins si  
on prend garde à leur légèreté, mobilité et au sang bilieux  
duquel ils sont nourris, on les pourra dire de nature chaude  
et seiche.

La casuistique n'a jamais trouvé mieux.

Le foye est le principal organe de la faculté naturelle.  
pource que c'est l'auteur de la sanguification, la bouique  
du sang et de l'esprit naturel et le principe des veines.  
PLATON y établit le siège de la faculté concupiscible.

Il ne faut point douter que le foye ne tourne le chili en

sang par le moyen de ses veines, de sa chair et de sa température. La coction se fait par les veines aidées de la chaleur de toute la partie, la rubification dépend de la chair du foye, laquelle est naturellement rouge.

Le *pancréas* est une masse de chair qui sert de cuissinet à la veine porte.

La *rate* est le receptacle de la melancholie excrementeuse. Elle attire par les veines l'humeur melancholique et la reçoit en sa substance spongieuse pour estre eschauffée, digérée et purifiée par les artères, afin qu'elle se puisse nourrir de la plus subtile portion et renvoyer la plus grossière aux veines hémorroïdales ou bien à l'estomach par le conduit nommé *vas breve* pour exciter l'appétit.

Les *testicules* sont les principaux instruments de la génération, pour ce qu'ils font les fontaines de la semence, laquelle contient en sa substance la matière et la forme du corps des animaux. C'est pourquoy nous les appelons proprement génitoires. Ils se nomment testicules pour estre à l'homme témoins de sa virilité.

Le droit est par Hippocrate appelé masculin, et le gauche, féminin; pour ce que la semence est plus chaude et plus cuite dans celsui là, et plus froide et plus séreuse dans celsui cy.

Ils sont situez en la bourse, aux hommés, et aux deux costez de la matrice aux femmes. Ceux des hommes sont pendans au dehors à fin que la chaleur fust tempérée par la froidure de l'air; mais ceux des femmes ont esté posez en dedans sur les muscles des lumbes, pour estre plus chaudement.

Les *parastates* sont deux petites bourses, qui ont force cachots anfractueux, sortant des vaisseaux déférans, où la semence demeure en réserve, de peur qu'elle ne s'écoule toute à la fois au coït, et pour y acquérir encore quelque dernière perfection.

La *matrice* est comme un champ fertile qui reçoit la semence masculine avec la féminine, pour la génération de l'enfant. Elle reçoit aussi le sang menstrual pour la nourriture d'iceluy. Sa tunique propre est tissüe de trois sortes de fibres, de droites pour attirer la semence, d'obliques et transversantes pour retenir l'enfant et le mettre hors en temps prefix par nature.

Le col est la plus étroite partie de la matrice. Il sert de fourreau à la verge virile. Lorsqu'il est restrecy, il y a force rides par dedans, mais quand il est eslargy au coït, on le sent uny et lubric.

Quant aux lèvres, on les appelle nymphes pource qu'elles président au canal, d'où est dérivé l'eau, comme d'une fontaine.

#### PHYSIOLOGIE

Après avoir dressé l'estat des parties contenantes, il nous faut poursuivre celuy des parties contenües, c'est-à-dire les humeurs et les esprits.

Il y a quatre humeurs, le la pituite, lesquelles sont te veines. Ce meslange des qu sanguinaire, à raison du s quantité. Le sang est de con passant point ses bornes r espais ny trop clair. Il ren Il domine aux enfans et ad au printemps, qu'en toutes

La bile alimenteuse est l sanguinaire. Elle tient de l parties qui approchent plus personne cholere, agile et p inconstante Elle abonde en

La melancholie alimente la masse sanguinaire. Elle i triste, chagrine, fascheuse.

Elle abonde au déclin de

La pituite alimenteuse e sanguinaire. Elle rend la grosse et grasse.

Elle abonde en la vieilles

— Les secondes humeu premières en chaque part exactement élaborées par l procèdent deux excremens sans celuy qui sort par inse

Il y en a quatre :

La première c'est celle q des petites veines ;

La seconde arrouse la pa

La troisieme est appelée tinée à icelle ;

La dernière cambium, r changée et assimilée en sa

— Il reste maintenant

vivre et subsister la masse

Des esprits les uns sont l

Il y en a des animaux, v

L'esprit animal est enge de la plus subtile partie de les artères carotides, et de cerveau. Il sert au sentime

L'esprit vital est engend qui entre du dextre au sen aux poulmons. Il est con parties du corps pour vivi les forces.

L'esprit naturel est enge et de l'air introduit par la la faculté influante avec le

Le plus subtil des esprit



le mitan, en consistance et

nature a fabriqué un grand  
es fonctions particulières de  
e, conduite dans l'estomach  
elle est changée en chyle.  
avant une seconde coction,  
iel est distribué à tous les  
sine cave et après avoir reçu  
ide du corps, est en fin con-  
chaque partie.

: coction contenus au gros  
ar le siège De la seconde  
ns, la serosité envoyée des  
olere portée de sa vésicule  
lie attirée par la rate. De la  
sueur avec l'ordure qui sort

se fait de la semence du  
lue de toutes les parties du  
lation dans la matrice, où,  
dedans doué d'une vertu  
ge incontinent et en forme  
près que les premiers linge-  
menstrual venant à la matrice  
esbauchées.

ciens, un excrement benign  
is tiennent qu'elle est faite  
t des esprits portez par les  
toires, où par coction, elle  
ce et perfection.

crement du dernier aliment  
é à la génération et nourri-  
. Les masles n'y sont pas  
nelles, pource qu'elles sont  
nt ont plus grand amas

nde plus aux femmes qu'aux  
autres femelles cette humeur  
poils, ou en cornes, ou en  
res armures du corps.

(A suivre).

## FESSIONNELS

rique et maison de santé  
ont effectivement la médecine,  
ne l'ignore parmi nos lecteurs.  
peut être, ce sont les règles  
est fixée la patente de chaque  
es indications à cet égard ne  
intérêt. Elles permettront à

chacun de vérifier si le chiffre de sa patente est trop élevé ou  
trop faible. Elles feront en outre mieux comprendre la portée  
de l'arrêt du Conseil d'Etat, en date du 10 mars 1899, sur lequel  
nous voudrions appeler l'attention.

Les médecins ont été soumis à la patente, pour la première  
fois, par la loi du 3 frimaire an VII. Ils en avaient été affran-  
chis par la loi du 25 avril 1844, mais ils y ont été de nouveau  
assujettis par la loi du 18 mai 1850, dont les dispositions sur  
ce point ont été maintenues par les lois des 15 juillet 1880 et  
28 avril 1893.

Or, la patente est composée de deux éléments, un droit fixe  
et un droit proportionnel; le droit fixe, qui est établi d'après  
l'importance relative de la profession, le droit proportionnel,  
qui varie suivant l'importance des locaux occupés par le  
patenté. Telle est la règle. Par exception, il est des patentables  
qui ne paient pas de droit fixe et sont uniquement soumis au  
droit proportionnel. Parmi eux figurent les médecins.

Pour le médecin l'impôt de la patente consiste donc en un  
droit proportionnel, proportionnel à la valeur locative des  
locaux imposables.

Quelle est la proportion ? D'ordinaire, le droit est du quin-  
zième de la valeur locative. Toutefois, à ce principe, la loi du  
28 avril 1893 art. 5 a apporté une aggravation pour certains  
médecins, en élevant le taux de leur patente du quinzième au  
douzième. Les médecins placés par la loi de 1893 dans cette  
situation... privilégiée sont : 1° ceux qui, exerçant leur pro-  
fession à Paris, occupent, soit dans cette ville, soit ailleurs,  
des locaux imposables d'une valeur locative totale de plus de  
4.000 fr.; 2° ceux qui, exerçant leur profession dans une autre  
ville de plus de 100.000 âmes, occupent, soit dans cette ville,  
soit ailleurs des locaux imposables d'une valeur locative totale  
de plus de 2.000 francs.

Quels sont ces locaux imposables, sur la valeur locative  
desquels est calculé le quinzième ou le douzième d'après  
lequel se chiffre la patente ? Pour le patentable, en général,  
les locaux dont on tient compte sont : sa maison d'habitation,  
puis les magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars,  
remises, chantiers et autres locaux servant à l'exercice de la  
profession à raison de laquelle il est imposé. Pour le médecin,  
en particulier, les locaux imposables seront : sa maison  
d'habitation, puis les locaux qui lui servent à l'exercice de sa  
profession. Telle est la formule générale, que nous préci-  
serons tout à l'heure.

Enfin, comment détermine-t-on la valeur locative des locaux  
imposables ? C'est parfois en consultant les locaux authentiques  
ou les déclarations de locations verbales, parfois en comparant  
les locaux imposables à d'autres locaux analogues dont le  
loyer aura été régulièrement constaté, parfois en s'en rappor-  
tant à la notoriété publique, parfois si ces bases manquent, en  
se livrant à une appréciation directe et spéciale, le tout, suivant  
que le médecin est propriétaire ou locataire des locaux im-  
posables, ou selon les circonstances.

Ces règles générales étant rappelées, revenons à celle  
d'après laquelle les locaux imposables sont ceux qui servent à  
l'habitation et à l'exercice de la profession du médecin, pour  
signaler l'application qui vient d'en être faite par le Conseil d'Etat  
dans une hypothèse spéciale. Aussi bien la solution consacrée

intéresse-t-elle le corps médical tout entier, ce qui explique les polémiques dont elle a fait l'objet dans la presse entière.

Les circonstances qui ont motivé le recours à notre plus haute juridiction administrative sont indiquées par l'arrêt dans les termes suivants : « Considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur VIGNES, qui exerce à Paris, rue Cambon, n° 46, la profession de médecin, possède rue Dauphine, n° 18, un établissement dans lequel il donne des consultations et reçoit des pensionnaires qui y sont nourris et logés moyennant une rémunération; qu'ainsi ledit établissement, tout en donnant lieu à l'exploitation d'une maison particulière de santé, fait partie des locaux dont se sert le sieur VIGNES pour l'exercice de la profession de médecin; Considérant que le requérant se livre à l'exercice des deux professions dont il s'agit dans le même établissement, mais dans des locaux distincts; que, par suite, il aurait dû être imposé au droit fixe de patente comme tenant une maison particulière de santé, et aurait dû payer pour chaque local le droit proportionnel attribué à la profession qui était spécialement exercée. »

En deux mots, le Docteur VIGNES possède un établissement consacré pour partie à une clinique et pour partie à une maison de santé. Comment doit être calculé le chiffre de sa patente ?

L'administration prétendait qu'il y avait lieu de fixer le droit au douzième de la valeur locative de l'établissement tout entier, sans distinguer entre les locaux servant aux consultations à la clinique, et les locaux réservés à la maison de santé. Elle considérait que l'établissement tout entier était afférent à la profession de médecin, ce qui entraînait l'application du taux établi par la loi du 28 avril 1893 précitée. Sur la réclamation du Docteur VIGNES, le Conseil de Préfecture de la Seine avait donné raison à l'Administration.

Le Conseil d'Etat, au contraire, disséqua la situation du Docteur VIGNES. Le Docteur VIGNES cumulait en effet, — aux yeux du Conseil d'Etat, — deux professions distinctes : la profession de médecin donnant des consultations (gratuites en l'espèce) dans une clinique, puis la profession de propriétaire-directeur d'une maison de santé. Chacune de ces professions se trouvait être assujettie à la patente; pour chacune de ces professions, les bases de la patente se trouvaient être différentes. Conclusions : de même qu'à chaque maladie son remède, de même à chaque profession sa patente.

Voilà comment au Docteur VIGNES, considéré comme médecin tenant une clinique, le Conseil d'Etat décida d'imposer une patente calculée au taux du douzième d'après la valeur locative de la partie des locaux destinés à la clinique, c'est-à-dire « servant à l'exercice de la profession de médecin. »

Voilà comment au Docteur VIGNES, considéré comme un particulier quelconque tenant une maison de santé, le Conseil d'Etat décida d'imposer une patente comprenant deux droits : 1° un droit fixe (attendu que la dispense du droit fixe ne s'applique qu'au médecin), et 2° un droit proportionnel calculé au taux du cinquantième (et non plus du quinzième, comme pour les médecins en général), d'après la valeur locative de la partie des locaux qui constituait la maison particulière de santé. En conséquence :

« Le Conseil d'Etat : — Décide : Art. 1<sup>er</sup>. Le sieur VIGNES sera imposé au rôle de la contribution des patentes dans la

ville de Paris, pour l'exercice de la profession de médecin, au douzième, d'après la valeur locative de la partie de la maison par lui occupée servant à l'exercice de la profession de médecin, au droit proportionnel du taux de 1.225 fr. — 1<sup>re</sup> partie. — 2<sup>e</sup> partie. — 3<sup>e</sup> partie. — 4<sup>e</sup> partie. — 5<sup>e</sup> partie. — 6<sup>e</sup> partie. — 7<sup>e</sup> partie. — 8<sup>e</sup> partie. — 9<sup>e</sup> partie. — 10<sup>e</sup> partie. — 11<sup>e</sup> partie. — 12<sup>e</sup> partie. — 13<sup>e</sup> partie. — 14<sup>e</sup> partie. — 15<sup>e</sup> partie. — 16<sup>e</sup> partie. — 17<sup>e</sup> partie. — 18<sup>e</sup> partie. — 19<sup>e</sup> partie. — 20<sup>e</sup> partie. — 21<sup>e</sup> partie. — 22<sup>e</sup> partie. — 23<sup>e</sup> partie. — 24<sup>e</sup> partie. — 25<sup>e</sup> partie. — 26<sup>e</sup> partie. — 27<sup>e</sup> partie. — 28<sup>e</sup> partie. — 29<sup>e</sup> partie. — 30<sup>e</sup> partie. — 31<sup>e</sup> partie. — 32<sup>e</sup> partie. — 33<sup>e</sup> partie. — 34<sup>e</sup> partie. — 35<sup>e</sup> partie. — 36<sup>e</sup> partie. — 37<sup>e</sup> partie. — 38<sup>e</sup> partie. — 39<sup>e</sup> partie. — 40<sup>e</sup> partie. — 41<sup>e</sup> partie. — 42<sup>e</sup> partie. — 43<sup>e</sup> partie. — 44<sup>e</sup> partie. — 45<sup>e</sup> partie. — 46<sup>e</sup> partie. — 47<sup>e</sup> partie. — 48<sup>e</sup> partie. — 49<sup>e</sup> partie. — 50<sup>e</sup> partie. — 51<sup>e</sup> partie. — 52<sup>e</sup> partie. — 53<sup>e</sup> partie. — 54<sup>e</sup> partie. — 55<sup>e</sup> partie. — 56<sup>e</sup> partie. — 57<sup>e</sup> partie. — 58<sup>e</sup> partie. — 59<sup>e</sup> partie. — 60<sup>e</sup> partie. — 61<sup>e</sup> partie. — 62<sup>e</sup> partie. — 63<sup>e</sup> partie. — 64<sup>e</sup> partie. — 65<sup>e</sup> partie. — 66<sup>e</sup> partie. — 67<sup>e</sup> partie. — 68<sup>e</sup> partie. — 69<sup>e</sup> partie. — 70<sup>e</sup> partie. — 71<sup>e</sup> partie. — 72<sup>e</sup> partie. — 73<sup>e</sup> partie. — 74<sup>e</sup> partie. — 75<sup>e</sup> partie. — 76<sup>e</sup> partie. — 77<sup>e</sup> partie. — 78<sup>e</sup> partie. — 79<sup>e</sup> partie. — 80<sup>e</sup> partie. — 81<sup>e</sup> partie. — 82<sup>e</sup> partie. — 83<sup>e</sup> partie. — 84<sup>e</sup> partie. — 85<sup>e</sup> partie. — 86<sup>e</sup> partie. — 87<sup>e</sup> partie. — 88<sup>e</sup> partie. — 89<sup>e</sup> partie. — 90<sup>e</sup> partie. — 91<sup>e</sup> partie. — 92<sup>e</sup> partie. — 93<sup>e</sup> partie. — 94<sup>e</sup> partie. — 95<sup>e</sup> partie. — 96<sup>e</sup> partie. — 97<sup>e</sup> partie. — 98<sup>e</sup> partie. — 99<sup>e</sup> partie. — 100<sup>e</sup> partie. — 101<sup>e</sup> partie. — 102<sup>e</sup> partie. — 103<sup>e</sup> partie. — 104<sup>e</sup> partie. — 105<sup>e</sup> partie. — 106<sup>e</sup> partie. — 107<sup>e</sup> partie. — 108<sup>e</sup> partie. — 109<sup>e</sup> partie. — 110<sup>e</sup> partie. — 111<sup>e</sup> partie. — 112<sup>e</sup> partie. — 113<sup>e</sup> partie. — 114<sup>e</sup> partie. — 115<sup>e</sup> partie. — 116<sup>e</sup> partie. — 117<sup>e</sup> partie. — 118<sup>e</sup> partie. — 119<sup>e</sup> partie. — 120<sup>e</sup> partie. — 121<sup>e</sup> partie. — 122<sup>e</sup> partie. — 123<sup>e</sup> partie. — 124<sup>e</sup> partie. — 125<sup>e</sup> partie. — 126<sup>e</sup> partie. — 127<sup>e</sup> partie. — 128<sup>e</sup> partie. — 129<sup>e</sup> partie. — 130<sup>e</sup> partie. — 131<sup>e</sup> partie. — 132<sup>e</sup> partie. — 133<sup>e</sup> partie. — 134<sup>e</sup> partie. — 135<sup>e</sup> partie. — 136<sup>e</sup> partie. — 137<sup>e</sup> partie. — 138<sup>e</sup> partie. — 139<sup>e</sup> partie. — 140<sup>e</sup> partie. — 141<sup>e</sup> partie. — 142<sup>e</sup> partie. — 143<sup>e</sup> partie. — 144<sup>e</sup> partie. — 145<sup>e</sup> partie. — 146<sup>e</sup> partie. — 147<sup>e</sup> partie. — 148<sup>e</sup> partie. — 149<sup>e</sup> partie. — 150<sup>e</sup> partie. — 151<sup>e</sup> partie. — 152<sup>e</sup> partie. — 153<sup>e</sup> partie. — 154<sup>e</sup> partie. — 155<sup>e</sup> partie. — 156<sup>e</sup> partie. — 157<sup>e</sup> partie. — 158<sup>e</sup> partie. — 159<sup>e</sup> partie. — 160<sup>e</sup> partie. — 161<sup>e</sup> partie. — 162<sup>e</sup> partie. — 163<sup>e</sup> partie. — 164<sup>e</sup> partie. — 165<sup>e</sup> partie. — 166<sup>e</sup> partie. — 167<sup>e</sup> partie. — 168<sup>e</sup> partie. — 169<sup>e</sup> partie. — 170<sup>e</sup> partie. — 171<sup>e</sup> partie. — 172<sup>e</sup> partie. — 173<sup>e</sup> partie. — 174<sup>e</sup> partie. — 175<sup>e</sup> partie. — 176<sup>e</sup> partie. — 177<sup>e</sup> partie. — 178<sup>e</sup> partie. — 179<sup>e</sup> partie. — 180<sup>e</sup> partie. — 181<sup>e</sup> partie. — 182<sup>e</sup> partie. — 183<sup>e</sup> partie. — 184<sup>e</sup> partie. — 185<sup>e</sup> partie. — 186<sup>e</sup> partie. — 187<sup>e</sup> partie. — 188<sup>e</sup> partie. — 189<sup>e</sup> partie. — 190<sup>e</sup> partie. — 191<sup>e</sup> partie. — 192<sup>e</sup> partie. — 193<sup>e</sup> partie. — 194<sup>e</sup> partie. — 195<sup>e</sup> partie. — 196<sup>e</sup> partie. — 197<sup>e</sup> partie. — 198<sup>e</sup> partie. — 199<sup>e</sup> partie. — 200<sup>e</sup> partie. — 201<sup>e</sup> partie. — 202<sup>e</sup> partie. — 203<sup>e</sup> partie. — 204<sup>e</sup> partie. — 205<sup>e</sup> partie. — 206<sup>e</sup> partie. — 207<sup>e</sup> partie. — 208<sup>e</sup> partie. — 209<sup>e</sup> partie. — 210<sup>e</sup> partie. — 211<sup>e</sup> partie. — 212<sup>e</sup> partie. — 213<sup>e</sup> partie. — 214<sup>e</sup> partie. — 215<sup>e</sup> partie. — 216<sup>e</sup> partie. — 217<sup>e</sup> partie. — 218<sup>e</sup> partie. — 219<sup>e</sup> partie. — 220<sup>e</sup> partie. — 221<sup>e</sup> partie. — 222<sup>e</sup> partie. — 223<sup>e</sup> partie. — 224<sup>e</sup> partie. — 225<sup>e</sup> partie. — 226<sup>e</sup> partie. — 227<sup>e</sup> partie. — 228<sup>e</sup> partie. — 229<sup>e</sup> partie. — 230<sup>e</sup> partie. — 231<sup>e</sup> partie. — 232<sup>e</sup> partie. — 233<sup>e</sup> partie. — 234<sup>e</sup> partie. — 235<sup>e</sup> partie. — 236<sup>e</sup> partie. — 237<sup>e</sup> partie. — 238<sup>e</sup> partie. — 239<sup>e</sup> partie. — 240<sup>e</sup> partie. — 241<sup>e</sup> partie. — 242<sup>e</sup> partie. — 243<sup>e</sup> partie. — 244<sup>e</sup> partie. — 245<sup>e</sup> partie. — 246<sup>e</sup> partie. — 247<sup>e</sup> partie. — 248<sup>e</sup> partie. — 249<sup>e</sup> partie. — 250<sup>e</sup> partie. — 251<sup>e</sup> partie. — 252<sup>e</sup> partie. — 253<sup>e</sup> partie. — 254<sup>e</sup> partie. — 255<sup>e</sup> partie. — 256<sup>e</sup> partie. — 257<sup>e</sup> partie. — 258<sup>e</sup> partie. — 259<sup>e</sup> partie. — 260<sup>e</sup> partie. — 261<sup>e</sup> partie. — 262<sup>e</sup> partie. — 263<sup>e</sup> partie. — 264<sup>e</sup> partie. — 265<sup>e</sup> partie. — 266<sup>e</sup> partie. — 267<sup>e</sup> partie. — 268<sup>e</sup> partie. — 269<sup>e</sup> partie. — 270<sup>e</sup> partie. — 271<sup>e</sup> partie. — 272<sup>e</sup> partie. — 273<sup>e</sup> partie. — 274<sup>e</sup> partie. — 275<sup>e</sup> partie. — 276<sup>e</sup> partie. — 277<sup>e</sup> partie. — 278<sup>e</sup> partie. — 279<sup>e</sup> partie. — 280<sup>e</sup> partie. — 281<sup>e</sup> partie. — 282<sup>e</sup> partie. — 283<sup>e</sup> partie. — 284<sup>e</sup> partie. — 285<sup>e</sup> partie. — 286<sup>e</sup> partie. — 287<sup>e</sup> partie. — 288<sup>e</sup> partie. — 289<sup>e</sup> partie. — 290<sup>e</sup> partie. — 291<sup>e</sup> partie. — 292<sup>e</sup> partie. — 293<sup>e</sup> partie. — 294<sup>e</sup> partie. — 295<sup>e</sup> partie. — 296<sup>e</sup> partie. — 297<sup>e</sup> partie. — 298<sup>e</sup> partie. — 299<sup>e</sup> partie. — 300<sup>e</sup> partie. — 301<sup>e</sup> partie. — 302<sup>e</sup> partie. — 303<sup>e</sup> partie. — 304<sup>e</sup> partie. — 305<sup>e</sup> partie. — 306<sup>e</sup> partie. — 307<sup>e</sup> partie. — 308<sup>e</sup> partie. — 309<sup>e</sup> partie. — 310<sup>e</sup> partie. — 311<sup>e</sup> partie. — 312<sup>e</sup> partie. — 313<sup>e</sup> partie. — 314<sup>e</sup> partie. — 315<sup>e</sup> partie. — 316<sup>e</sup> partie. — 317<sup>e</sup> partie. — 318<sup>e</sup> partie. — 319<sup>e</sup> partie. — 320<sup>e</sup> partie. — 321<sup>e</sup> partie. — 322<sup>e</sup> partie. — 323<sup>e</sup> partie. — 324<sup>e</sup> partie. — 325<sup>e</sup> partie. — 326<sup>e</sup> partie. — 327<sup>e</sup> partie. — 328<sup>e</sup> partie. — 329<sup>e</sup> partie. — 330<sup>e</sup> partie. — 331<sup>e</sup> partie. — 332<sup>e</sup> partie. — 333<sup>e</sup> partie. — 334<sup>e</sup> partie. — 335<sup>e</sup> partie. — 336<sup>e</sup> partie. — 337<sup>e</sup> partie. — 338<sup>e</sup> partie. — 339<sup>e</sup> partie. — 340<sup>e</sup> partie. — 341<sup>e</sup> partie. — 342<sup>e</sup> partie. — 343<sup>e</sup> partie. — 344<sup>e</sup> partie. — 345<sup>e</sup> partie. — 346<sup>e</sup> partie. — 347<sup>e</sup> partie. — 348<sup>e</sup> partie. — 349<sup>e</sup> partie. — 350<sup>e</sup> partie. — 351<sup>e</sup> partie. — 352<sup>e</sup> partie. — 353<sup>e</sup> partie. — 354<sup>e</sup> partie. — 355<sup>e</sup> partie. — 356<sup>e</sup> partie. — 357<sup>e</sup> partie. — 358<sup>e</sup> partie. — 359<sup>e</sup> partie. — 360<sup>e</sup> partie. — 361<sup>e</sup> partie. — 362<sup>e</sup> partie. — 363<sup>e</sup> partie. — 364<sup>e</sup> partie. — 365<sup>e</sup> partie. — 366<sup>e</sup> partie. — 367<sup>e</sup> partie. — 368<sup>e</sup> partie. — 369<sup>e</sup> partie. — 370<sup>e</sup> partie. — 371<sup>e</sup> partie. — 372<sup>e</sup> partie. — 373<sup>e</sup> partie. — 374<sup>e</sup> partie. — 375<sup>e</sup> partie. — 376<sup>e</sup> partie. — 377<sup>e</sup> partie. — 378<sup>e</sup> partie. — 379<sup>e</sup> partie. — 380<sup>e</sup> partie. — 381<sup>e</sup> partie. — 382<sup>e</sup> partie. — 383<sup>e</sup> partie. — 384<sup>e</sup> partie. — 385<sup>e</sup> partie. — 386<sup>e</sup> partie. — 387<sup>e</sup> partie. — 388<sup>e</sup> partie. — 389<sup>e</sup> partie. — 390<sup>e</sup> partie. — 391<sup>e</sup> partie. — 392<sup>e</sup> partie. — 393<sup>e</sup> partie. — 394<sup>e</sup> partie. — 395<sup>e</sup> partie. — 396<sup>e</sup> partie. — 397<sup>e</sup> partie. — 398<sup>e</sup> partie. — 399<sup>e</sup> partie. — 400<sup>e</sup> partie. — 401<sup>e</sup> partie. — 402<sup>e</sup> partie. — 403<sup>e</sup> partie. — 404<sup>e</sup> partie. — 405<sup>e</sup> partie. — 406<sup>e</sup> partie. — 407<sup>e</sup> partie. — 408<sup>e</sup> partie. — 409<sup>e</sup> partie. — 410<sup>e</sup> partie. — 411<sup>e</sup> partie. — 412<sup>e</sup> partie. — 413<sup>e</sup> partie. — 414<sup>e</sup> partie. — 415<sup>e</sup> partie. — 416<sup>e</sup> partie. — 417<sup>e</sup> partie. — 418<sup>e</sup> partie. — 419<sup>e</sup> partie. — 420<sup>e</sup> partie. — 421<sup>e</sup> partie. — 422<sup>e</sup> partie. — 423<sup>e</sup> partie. — 424<sup>e</sup> partie. — 425<sup>e</sup> partie. — 426<sup>e</sup> partie. — 427<sup>e</sup> partie. — 428<sup>e</sup> partie. — 429<sup>e</sup> partie. — 430<sup>e</sup> partie. — 431<sup>e</sup> partie. — 432<sup>e</sup> partie. — 433<sup>e</sup> partie. — 434<sup>e</sup> partie. — 435<sup>e</sup> partie. — 436<sup>e</sup> partie. — 437<sup>e</sup> partie. — 438<sup>e</sup> partie. — 439<sup>e</sup> partie. — 440<sup>e</sup> partie. — 441<sup>e</sup> partie. — 442<sup>e</sup> partie. — 443<sup>e</sup> partie. — 444<sup>e</sup> partie. — 445<sup>e</sup> partie. — 446<sup>e</sup> partie. — 447<sup>e</sup> partie. — 448<sup>e</sup> partie. — 449<sup>e</sup> partie. — 450<sup>e</sup> partie. — 451<sup>e</sup> partie. — 452<sup>e</sup> partie. — 453<sup>e</sup> partie. — 454<sup>e</sup> partie. — 455<sup>e</sup> partie. — 456<sup>e</sup> partie. — 457<sup>e</sup> partie. — 458<sup>e</sup> partie. — 459<sup>e</sup> partie. — 460<sup>e</sup> partie. — 461<sup>e</sup> partie. — 462<sup>e</sup> partie. — 463<sup>e</sup> partie. — 464<sup>e</sup> partie. — 465<sup>e</sup> partie. — 466<sup>e</sup> partie. — 467<sup>e</sup> partie. — 468<sup>e</sup> partie. — 469<sup>e</sup> partie. — 470<sup>e</sup> partie. — 471<sup>e</sup> partie. — 472<sup>e</sup> partie. — 473<sup>e</sup> partie. — 474<sup>e</sup> partie. — 475<sup>e</sup> partie. — 476<sup>e</sup> partie. — 477<sup>e</sup> partie. — 478<sup>e</sup> partie. — 479<sup>e</sup> partie. — 480<sup>e</sup> partie. — 481<sup>e</sup> partie. — 482<sup>e</sup> partie. — 483<sup>e</sup> partie. — 484<sup>e</sup> partie. — 485<sup>e</sup> partie. — 486<sup>e</sup> partie. — 487<sup>e</sup> partie. — 488<sup>e</sup> partie. — 489<sup>e</sup> partie. — 490<sup>e</sup> partie. — 491<sup>e</sup> partie. — 492<sup>e</sup> partie. — 493<sup>e</sup> partie. — 494<sup>e</sup> partie. — 495<sup>e</sup> partie. — 496<sup>e</sup> partie. — 497<sup>e</sup> partie. — 498<sup>e</sup> partie. — 499<sup>e</sup> partie. — 500<sup>e</sup> partie. — 501<sup>e</sup> partie. — 502<sup>e</sup> partie. — 503<sup>e</sup> partie. — 504<sup>e</sup> partie. — 505<sup>e</sup> partie. — 506<sup>e</sup> partie. — 507<sup>e</sup> partie. — 508<sup>e</sup> partie. — 509<sup>e</sup> partie. — 510<sup>e</sup> partie. — 511<sup>e</sup> partie. — 512<sup>e</sup> partie. — 513<sup>e</sup> partie. — 514<sup>e</sup> partie. — 515<sup>e</sup> partie. — 516<sup>e</sup> partie. — 517<sup>e</sup> partie. — 518<sup>e</sup> partie. — 519<sup>e</sup> partie. — 520<sup>e</sup> partie. — 521<sup>e</sup> partie. — 522<sup>e</sup> partie. — 523<sup>e</sup> partie. — 524<sup>e</sup> partie. — 525<sup>e</sup> partie. — 526<sup>e</sup> partie. — 527<sup>e</sup> partie. — 528<sup>e</sup> partie. — 529<sup>e</sup> partie. — 530<sup>e</sup> partie. — 531<sup>e</sup> partie. — 532<sup>e</sup> partie. — 533<sup>e</sup> partie. — 534<sup>e</sup> partie. — 535<sup>e</sup> partie. — 536<sup>e</sup> partie. — 537<sup>e</sup> partie. — 538<sup>e</sup> partie. — 539<sup>e</sup> partie. — 540<sup>e</sup> partie. — 541<sup>e</sup> partie. — 542<sup>e</sup> partie. — 543<sup>e</sup> partie. — 544<sup>e</sup> partie. — 545<sup>e</sup> partie. — 546<sup>e</sup> partie. — 547<sup>e</sup> partie. — 548<sup>e</sup> partie. — 549<sup>e</sup> partie. — 550<sup>e</sup> partie. — 551<sup>e</sup> partie. — 552<sup>e</sup> partie. — 553<sup>e</sup> partie. — 554<sup>e</sup> partie. — 555<sup>e</sup> partie. — 556<sup>e</sup> partie. — 557<sup>e</sup> partie. — 558<sup>e</sup> partie. — 559<sup>e</sup> partie. — 560<sup>e</sup> partie. — 561<sup>e</sup> partie. — 562<sup>e</sup> partie. — 563<sup>e</sup> partie. — 564<sup>e</sup> partie. — 565<sup>e</sup> partie. — 566<sup>e</sup> partie. — 567<sup>e</sup> partie. — 568<sup>e</sup> partie. — 569<sup>e</sup> partie. — 570<sup>e</sup> partie. — 571<sup>e</sup> partie. — 572<sup>e</sup> partie. — 573<sup>e</sup> partie. — 574<sup>e</sup> partie. — 575<sup>e</sup> partie. — 576<sup>e</sup> partie. — 577<sup>e</sup> partie. — 578<sup>e</sup> partie. — 579<sup>e</sup> partie. — 580<sup>e</sup> partie. — 581<sup>e</sup> partie. — 582<sup>e</sup> partie. — 583<sup>e</sup> partie. — 584<sup>e</sup> partie. — 585<sup>e</sup> partie. — 586<sup>e</sup> partie. — 587<sup>e</sup> partie. — 588<sup>e</sup> partie. — 589<sup>e</sup> partie. — 590<sup>e</sup> partie. — 591<sup>e</sup> partie. — 592<sup>e</sup> partie. — 593<sup>e</sup> partie. — 594<sup>e</sup> partie. — 595<sup>e</sup> partie. — 596<sup>e</sup> partie. — 597<sup>e</sup> partie. — 598<sup>e</sup> partie. — 599<sup>e</sup> partie. — 600<sup>e</sup> partie. — 601<sup>e</sup> partie. — 602<sup>e</sup> partie. — 603<sup>e</sup> partie. — 604<sup>e</sup> partie. — 605<sup>e</sup> partie. — 606<sup>e</sup> partie. — 607<sup>e</sup> partie. — 608<sup>e</sup> partie. — 609<sup>e</sup> partie. — 610<sup>e</sup> partie. — 611<sup>e</sup> partie. — 612<sup>e</sup> partie. — 613<sup>e</sup> partie. — 614<sup>e</sup> partie. — 615<sup>e</sup> partie. — 616<sup>e</sup> partie. — 617<sup>e</sup> partie. — 618<sup>e</sup> partie. — 619<sup>e</sup> partie. — 620<sup>e</sup> partie. — 621<sup>e</sup> partie. — 622<sup>e</sup> partie. — 623<sup>e</sup> partie. — 624<sup>e</sup> partie. — 625<sup>e</sup> partie. — 626<sup>e</sup> partie. — 627<sup>e</sup> partie. — 628<sup>e</sup> partie. — 629<sup>e</sup> partie. — 630<sup>e</sup> partie. — 631<sup>e</sup> partie. — 632<sup>e</sup> partie. — 633<sup>e</sup> partie. — 634<sup>e</sup> partie. — 635<sup>e</sup> partie. — 636<sup>e</sup> partie. — 637<sup>e</sup> partie. — 638<sup>e</sup> partie. — 639<sup>e</sup> partie. — 640<sup>e</sup> partie. — 641<sup>e</sup> partie. — 642<sup>e</sup> partie. — 643<sup>e</sup> partie. — 644<sup>e</sup> partie. — 645<sup>e</sup> partie. — 646<sup>e</sup> partie. — 647<sup>e</sup> partie. — 648<sup>e</sup> partie. — 649<sup>e</sup> partie. — 650<sup>e</sup> partie. — 651<sup>e</sup> partie. — 652<sup>e</sup> partie. — 653<sup>e</sup> partie. — 654<sup>e</sup> partie. — 655<sup>e</sup> partie. — 656<sup>e</sup> partie. — 657<sup>e</sup> partie. — 658<sup>e</sup> partie. — 659<sup>e</sup> partie. — 660<sup>e</sup> partie. — 661<sup>e</sup> partie. — 662<sup>e</sup> partie. — 663<sup>e</sup> partie. — 664<sup>e</sup> partie. — 665<sup>e</sup> partie. — 666<sup>e</sup> partie. — 667<sup>e</sup> partie. — 668<sup>e</sup> partie. — 669<sup>e</sup> partie. — 670<sup>e</sup> partie. — 671<sup>e</sup> partie. — 672<sup>e</sup> partie. — 673<sup>e</sup> partie. — 674<sup>e</sup> partie. — 675<sup>e</sup> partie. — 676<sup>e</sup> partie. — 677<sup>e</sup> partie. — 678<sup>e</sup> partie. — 679<sup>e</sup> partie. — 680<sup>e</sup> partie. — 681<sup>e</sup> partie. — 682<sup>e</sup> partie. — 683<sup>e</sup> partie. — 684<sup>e</sup> partie. — 685<sup>e</sup> partie. — 686<sup>e</sup> partie. — 687<sup>e</sup> partie. — 688<sup>e</sup> partie. — 689<sup>e</sup> partie. — 690<sup>e</sup> partie. — 691<sup>e</sup> partie. — 692<sup>e</sup> partie. — 693<sup>e</sup> partie. — 694<sup>e</sup> partie. — 695<sup>e</sup> partie. — 696<sup>e</sup> partie. — 697<sup>e</sup> partie. — 698<sup>e</sup> partie. — 699<sup>e</sup> partie. — 700<sup>e</sup> partie. — 701<sup>e</sup> partie. — 702<sup>e</sup> partie. — 703<sup>e</sup> partie. — 704<sup>e</sup> partie. — 705<sup>e</sup> partie. — 706<sup>e</sup> partie. — 707<sup>e</sup> partie. — 708<sup>e</sup> partie. — 709<sup>e</sup> partie. — 710<sup>e</sup> partie. — 711<sup>e</sup> partie. — 712<sup>e</sup> partie. — 713<sup>e</sup> partie. — 714<sup>e</sup> partie. — 715<sup>e</sup> partie. — 716<sup>e</sup> partie. — 717<sup>e</sup> partie. — 718<sup>e</sup> partie. — 719<sup>e</sup> partie. — 720<sup>e</sup> partie. — 721<sup>e</sup> partie. — 722<sup>e</sup> partie. — 723<sup>e</sup> partie. — 724<sup>e</sup> partie. — 725<sup>e</sup> partie. — 726<sup>e</sup> partie. — 727<sup>e</sup> partie. — 728<sup>e</sup> partie. — 729<sup>e</sup> partie. — 730<sup>e</sup> partie. — 731<sup>e</sup> partie. — 732<sup>e</sup> partie. — 733<sup>e</sup> partie. — 734<sup>e</sup> partie. — 735<sup>e</sup> partie. — 736<sup>e</sup> partie. — 737<sup>e</sup> partie. — 738<sup>e</sup> partie. — 739<sup>e</sup> partie. — 740<sup>e</sup> partie. — 741<sup>e</sup> partie. — 742<sup>e</sup> partie. — 743<sup>e</sup> partie. — 744<sup>e</sup> partie. — 745<sup>e</sup> partie. — 746<sup>e</sup> partie. — 747<sup>e</sup> partie. — 748<sup>e</sup> partie. — 749<sup>e</sup> partie. — 750<sup>e</sup> partie. — 751<sup>e</sup> partie. — 752<sup>e</sup> partie. — 753<sup>e</sup> partie. — 754<sup>e</sup> partie. — 755<sup>e</sup> partie. — 756<sup>e</sup> partie. — 757<sup>e</sup> partie. — 758<sup>e</sup> partie. — 759<sup>e</sup> partie. — 760<sup>e</sup> partie. — 761<sup>e</sup> partie. — 762<sup>e</sup> partie. — 763<sup>e</sup> partie. — 764<sup>e</sup> partie. — 765<sup>e</sup> partie. — 766<sup>e</sup> partie. — 767<sup>e</sup> partie. — 768<sup>e</sup> partie. — 769<sup>e</sup> partie. — 770<sup>e</sup> partie. — 771<sup>e</sup> partie. — 772<sup>e</sup> partie. — 773<sup>e</sup> partie. — 774<sup>e</sup> partie. — 775<sup>e</sup> partie. — 776<sup>e</sup> partie. — 777<sup>e</sup> partie. — 778<sup>e</sup> partie. — 779<sup>e</sup> partie. — 780<sup>e</sup> partie. — 781<sup>e</sup> partie. — 782<sup>e</sup> partie. — 783<sup>e</sup> partie. — 784<sup>e</sup> partie. — 785<sup>e</sup> partie. — 786<sup>e</sup> partie. — 787<sup>e</sup> partie. — 788<sup>e</sup> partie. — 789<sup>e</sup> partie. — 790<sup>e</sup> partie. — 791<sup>e</sup> partie. — 792<sup>e</sup> partie. — 793<sup>e</sup> partie. — 794<sup>e</sup> partie. — 795<sup>e</sup> partie. — 796<sup>e</sup> partie. — 797<sup>e</sup> partie. — 798<sup>e</sup> partie. — 799<sup>e</sup> partie. — 800<sup>e</sup> partie. — 801<sup>e</sup> partie. — 802<sup>e</sup> partie. — 803<sup>e</sup> partie. — 804<sup>e</sup> partie. — 805<sup>e</sup> partie. — 806<sup>e</sup> partie. — 807<sup>e</sup> partie. — 808<sup>e</sup> partie. — 809<sup>e</sup> partie. — 810<sup>e</sup> partie. — 811<sup>e</sup> partie. — 812<sup>e</sup> partie. — 813<sup>e</sup> partie. — 814<sup>e</sup> partie. — 815<sup>e</sup> partie. — 816<sup>e</sup> partie. — 817<sup>e</sup> partie. — 818<sup>e</sup> partie. — 819<sup>e</sup> partie. — 820<sup>e</sup> partie. — 821<sup>e</sup> partie. — 822<sup>e</sup> partie. — 823<sup>e</sup> partie. — 824<sup>e</sup> partie. — 825<sup>e</sup> partie. — 826<sup>e</sup> partie. — 827<sup>e</sup> partie. — 828<sup>e</sup> partie. — 829<sup>e</sup> partie. — 830<sup>e</sup> partie. — 831<sup>e</sup> partie. — 832<sup>e</sup> partie. — 833<sup>e</sup> partie. — 834<sup>e</sup> partie. — 835<sup>e</sup> partie. — 836<sup>e</sup> partie. — 837<sup>e</sup> partie. — 838<sup>e</sup> partie. — 839<sup>e</sup> partie. — 840<sup>e</sup> partie. — 841<sup>e</sup> partie. — 842<sup>e</sup> partie. — 843<sup>e</sup> partie. — 844<sup>e</sup> partie. — 845<sup>e</sup> partie. — 846<sup>e</sup> partie. — 847<sup>e</sup> partie. — 848<sup>e</sup> partie. — 849<sup>e</sup> partie. — 850<sup>e</sup> partie. — 851<sup>e</sup> partie. — 852<sup>e</sup> partie. — 853<sup>e</sup> partie. — 854<sup>e</sup> partie. — 855<sup>e</sup> partie. — 856<sup>e</sup> partie. — 857<sup>e</sup> partie. — 858<sup>e</sup> partie. — 859<sup>e</sup> partie. — 860<sup>e</sup> partie. — 861<sup>e</sup> partie. — 862<sup>e</sup> partie. — 863<sup>e</sup> partie. — 864<sup>e</sup> partie. — 865<sup>e</sup> partie. — 866<sup>e</sup> partie. — 86





les dimen-  
pas devoir  
les ; leurs  
par l'étroi-  
tion multi-  
grâce soit  
la lenteur  
mentation  
ne effet et  
s pores.

soit de la  
it mouiller  
porosité,  
aible, une  
concen-  
dans l'eau  
s retenant  
ue ou le  
ablit alors  
la tempé-  
t ainsi que  
imitive. Si  
trée celle  
e solution  
érente aux  
emploi de  
érente qui  
sel qu'elle

as le sol et  
à l'eau, la  
ne et ren-  
substance  
saturé sur  
iquide qui  
si de l'eau  
s'y trouve  
ps plus ou  
séléments

auéma des  
sorbant du  
sélectif. Il a  
en qui, fai-  
de jardin,  
ré et désor-  
e d'actions  
ne matière

colorante sur un tissu, et fort instables d'ailleurs, surtout au voisinage de l'état d'équilibre, si bien que les moindres causes suffisent à renverser le jeu de ces phénomènes.

Dans la nature le pouvoir absorbant du sol vis-à-vis de la matière organique dissoute dans l'eau a pour effet de ne pas permettre en général à cette matière de dépasser les couches superficielles du sol ; car leur masse est si grande, relativement à la quantité de matière organique, que celle-ci ne peut guère les saturer sur une bien notable épaisseur et les rendre ainsi incapables d'absorption. Ainsi SCHLÖESING constatait les proportions ci-après de matière organique carbonée et azotée dans un kilogramme de terre des champs d'irrigation de Gennevilliers :

	Carbone organique	Azote organique
A la surface . . . .	22 milligr.	2 milligr., 8
A 0,50 de profondeur.	8,3	1,1
A 1 mètre . . . .	6,1	1,0

En sorte que « au bout de quelques mètres de trajet souterrain, l'eau de purin la plus concentrée, l'eau d'égout la plus chargée, sont devenues limpides » (DUCLAUX). D'où la pureté des nappes souterraines quand elles sont protégées par un sol de nature et de structure convenables.

En effet, les divers éléments du sol n'agissent pas de la même façon vis-à-vis des substances dissoutes dans l'eau. Les corps colloïdaux ont, toutes choses égales d'ailleurs, la plus grande puissance absorbante : le premier rang à cet égard appartient à l'humus ; viennent ensuite les marnes, puis bien après le calcaire poreux et enfin le sable.

Il n'y a pourtant pas de relation à établir entre le pouvoir absorbant et la perméabilité. En revanche, la profondeur à laquelle pénètrent les substances dissoutes dépend, jusqu'à un certain point, non seulement de la nature du terrain, mais aussi de la situation, c'est-à-dire du développement des substances absorbantes déterminant ici les contacts en suspension et prolongeant en contacts. Par suite, comme l'a remarqué le sol à grands pores n'est jamais souillé qu'un sol à pores fins.

D'autre part, ce sont les substances qui pénètrent le plus profondément les moins solubles ou les plus colloïdales, plus près de la surface. C'est ai-

ganique est d'autant mieux absorbée par les couches arables superficielles que sa constitution est plus complexe (peptones provenant des substances albuminoïdes, dextrines et gommes provenant des substances tertiaires); au contraire, à mesure qu'elle se dégrade, elle est plus aisément entraînée par l'eau dans la profondeur, voire jusqu'à la nappe souterraine, comme il arrive en fin de compte pour les nitrates et les nitrites. On y voit aussi parvenir volontiers, en même temps que les chlorures, la magnésie, la chaux, la soude, enlevées aux couches sus-jacentes qui retiennent par contre l'acide phosphorique, la potasse, et à partir d'une certaine distance de la surface, l'ammoniaque.

**PÉNÉTRATION ET DISTRIBUTION DES MICROBES DANS LE SOL.** — La pénétration dans le sol des microbes entraînés par l'eau ne saurait s'accomplir autrement que celle des particules organiques en suspension dans un liquide vecteur. Elle se trouve donc régie par la capacité et la perméabilité des terrains pour l'eau; et ce sont toujours les phénomènes d'adhésion moléculaire déjà décrits qui interviennent pour immobiliser les microbes, comme les particules organiques, le long des parois des pores du sol. Il doit naturellement en résulter aussi que, d'une part, les microbes seront surtout abondants au niveau des couches terrestres superficielles, à condition qu'elles offrent uniformément la finesse de grains nécessaire, et que, d'autre part, le nombre de ces germes ira en diminuant très vite à mesure que l'on aura affaire à des couches de terrain plus profondes.

C'est en effet à cette constatation générale qu'ont abouti d'abord les recherches relatives à la bactériologie du sol, depuis celles de KOCH (1881) qui prouvaient l'extraordinaire richesse microbienne des couches voisines de la surface en même temps que la rareté des germes à partir de 1 ou 2 mètres de profondeur. D'après FRAENKEL, J. REIMERS, la diminution n'est pas progressive mais se manifesterait tout à coup vers 1<sup>m</sup>,25 environ pour se poursuivre ensuite si rapidement que lesensemencements faits avec des échantillons de terre recueillis à 4 ou 5 mètres de profondeur, parfois dans la zone de la nappe souterraine, ne donnent plus ou très peu de colonies: notions fort importantes au point de vue des chances de protection des eaux souterraines vis-à-vis des souillures microbiennes.

L'examen bactériologique du sol est chose délicate. Il s'agit de prélever un échantillon à la profondeur

voulue sans le mélanger à la terre d'autres niveaux, puis d'opérer sans délai lesensemencements en s'efforçant de séparer aussi exactement les germes de leur support solide, nées bien isolées et très visibles. On recueille l'échantillon au moyen d'un acier dont l'extrémité inférieure est fermée par une cavité enfoncée l'instrument; celui-ci, après avoir refermé le volet, on ouvre le volet, faisant tourner le perforateur, on a ainsi obtenu l'échantillon. On prend l'instrument, avec une cuille connue, un demi-centimètre dans la gélatine, dont on fait soit des plaques ou mieux d'une autre substance, il reste plus qu'à compter ultérieurement qui se développeront.

Cette méthode, la meilleure cependant, conduit, comme les résultats très incomplets et très incertains qu'elle ne permet pas de cultiver et ne nous renseigne que sur l'existence d'un seul milieu nutritif du sol qui exigent justement, plus loin, des milieux autres, germes nitrificateurs, entre autres; enfin, comme on est obligé de laisser la formation de certaines colonies, on ne peut voir toute la numération précoce de colonies.

Aussi les chiffres obtenus ne sont-ils point du tout comparables, même auteur ne possédant-ils aucune valeur relative.

Sous ces réserves voici maintenant des résultats de FRAENKEL, qui compte d'une partie des défauts avant les siennes:

Profondeur	NOMBRE DE GERMES	
	Sol de forêt.	Sol agricole.
0 <sup>m</sup>	150.000	
0.50	200.000	
1	2.000	
1.50	15.000	
2	2.000	
2.50	500	
3	3.000	
3.50	0	
4	0	

ns d'une part de  
s microbiennes,  
1 réalisées dans  
-disant stériles,  
ont peuplées de  
i y pullulent et  
près l'accès aux  
le se développer

bes au sein de la  
*antitativement* à  
rtout aux actions  
mais aussi *quali-*  
sse microbienne  
re, et la qualité  
rmes qui se ren-  
. Ce dernier fait  
organique dont  
aux germes qui  
uvera la matière  
ire, en raison de  
couches superfi-  
isceptibles de se  
eront aussi dans  
traire, au niveau  
les où parvient  
ique déjà dégra-  
iaque, ne pullu-  
, seuls capables  
uvre.

es terrestres est  
e la composition  
de ces couches,  
ution du milieu  
x par la fixation  
stades de dégra-

le double distri-  
microbes, met-  
chaque espèce et  
ns, favorise sin-  
cessives par ac-  
anique sous ses  
lique sans peine  
certaines condi-

DU SOL. — « La  
it M. BERTHELOT,

exprimant ainsi à la fois l'importance et la nature fon-  
damentale des actions qui font du sol le laboratoire  
de destruction de la matière organique qu'il immo-  
bilise grâce à son pouvoir absorbant à mesure que,  
préalablement dissociée et liquéfiée dès la surface par  
des microbes saprophytes, elle pénètre dans son sein  
Cette destruction s'opère essentiellement par *oxydation*  
aux dépens de l'oxygène de l'air et sous l'influence  
d'une série de ferments distincts qui transforment le  
carbone en acide carbonique, l'azote en ammonia-  
que, l'ammoniaque en acide nitreux (ou azoteux), puis  
en acide nitrique (ou azotique); la combinaison de ces  
acides avec des bases salifiables donne les nitrites  
et les nitrates, dernier terme des régressions de  
la substance azotée par l'intermédiaire desquelles  
la matière organique morte et putréfiable se minéra-  
lise, devient imputrescible et propre à être absorbée  
par les végétaux pour reprendre place dans les tissus  
vivants.

Tel est le principe de l'épuration spontanée du sol :  
phénomène merveilleux dont la continuité et l'inten-  
sité dans des conditions aujourd'hui assez nettement  
définies permet au sol de servir pour ainsi dire d'une  
façon illimitée de réceptacle aux souillures orga-  
niques, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine ou le mode  
d'apport, sans que l'on ait à craindre la formation  
de foyers putrides d'une redoutable insalubrité.

En ce qui concerne la production d'ammoniaque  
dans le sol aux dépens de la matière organique.  
A. MUNTZ et H. COUDON ont conclu de leurs expériences  
que l'on ne pouvait l'attribuer à des actions purement  
chimiques et qu'il fallait y voir l'œuvre exclusive de  
microorganismes très divers. Ce serait là une fonction  
banale commune à plusieurs moisissures, micro-  
coques et bacilles. Parmi ces derniers le *Bacillus*  
*mycoïdes* des auteurs allemands paraît toutefois témoi-  
gner d'une aptitude particulière à provoquer active-  
ment l'oxydation des éléments de l'albumine; le  
carbone se transforme sous cette influence en acide  
carbonique; le résidu est de l'ammoniaque avec  
quelques produits secondaires, leucine, tyrosine,  
acides gras, eau. Une température  
large aération, une légère alcal  
faible concentration des solution  
senteraient, d'après E. MARCHAL,  
plus favorables au bacille en qu

Pour DEHÉRAIN et DEMOUSSY il y  
dation purement chimique de l'

mais très faible à froid et ne s'accroissant qu'à peine avec l'élévation de la température.

La perméabilité plus ou moins grande des terrains à l'air détermine des variations très considérables dans la quantité de  $\text{CO}_2$  produit, encore que WOLLNY ait démontré que l'oxydation du carbone était liée à l'activité de certains microbes, car il ne se dégage presque plus d'acide carbonique d'une terre stérilisée par la chaleur.

L'aération ne joue pas toujours dans la formation de l'ammoniaque un semblable rôle. La combinaison de l'azote et de l'hydrogène peut s'effectuer aux dépens des matières végétales qui s'accumulent dans les sols humides et très peu aérés des tourbières, prairies, forêts. BRÉAL observe même que non seulement de l'ammoniaque apparaît dans ces conditions, mais encore que les végétaux ainsi enfouis sont susceptibles de propager la fermentation ammoniacale à d'autres substances azotées, notamment à l'humus qui les entoure et dont la richesse en azote est due en grande partie à des emprunts faits à l'immense réservoir de cette substance que représente l'atmosphère. Ce dernier phénomène reconnaît d'ailleurs lui aussi pour cause une action microbienne (BERTHELOT). Quant au reste de l'azote combiné de l'humus, il provient de l'ammoniaque dont nous venons d'indiquer le mode de formation et qui, à défaut d'une proportion d'oxygène suffisante dans le sol, est consommé peu à peu par des champignons fort abondants en pareil cas: le développement des propres tissus de ces cryptogames aboutit ainsi à la création de nouvelle matière organique azotée.

La destinée de l'ammoniaque est généralement tout autre dans un sol bien aéré. C'est alors qu'apparaissent les nitrites et les nitrates dont la formation a été reconnue dès l'époque où l'on a commencé à répandre sur des terres les eaux d'égout renfermant beaucoup d'azote organique et d'ammoniaque, sans traces de nitrites ou de nitrates, et qui sortent des champs d'irrigation avec une proportion de ces deux derniers bien supérieure à celle que le sol pourrait leur fournir. FRANKLAND (1868) constatait dans l'eau d'égout, avant la filtration: azote organique 2,48; ammoniaque 5,58; azote nitrique 0 (p. 100,000 parties); après la filtration: azote organique, de 0,11 à 0,33; ammoniaque, de 0,11 à 0,62; azote nitrique, de 3 à 4. La nature microbienne de ce phénomène a été mise en lumière par SCHLÖESING et MUNTZ. Arrosant d'une dissolution très

étendue d'ammoniaque et de craie placée dans des tubes, les savants constatèrent qu'il n'y avait aucune trace d'ammoniaque convertie en nitrate. Ils conclurent qu'il faut attendre en quelque sorte la craie un peu de temps avant qu'elle ne devienne encore lorsque l'on arrose avec du sable quartzeux car, en revanche, cette transformation de l'ammoniaque en nitrates et en vapeurs de chlorure d'ammonium sur des organismes d'égout. Les antiseptiques empêchent d'arrêter.

Le ferment nitreux, qui donne naissance au second qui, en oxydant l'azote nitrique et aux nitrates, WINOGRADSKY. Ce sont dans toutes les terres abondants à une faible température. WARINGTON. Selon lui, le maximum vers 0° marche d'autant plus vite que les microbes ne sauraient agir si la température n'est pas la seule forme de l'azote qui est donné la plus grande quantité de ferment nitreux, pour compléter l'oxydation du ferment nitreux. Naissance d'ammoniaque dans le sol plus intense. Or, en présence d'azote nitrifiable et de ferments nitrifiants, le nombre de conditions est l'accès dans le sol, le nécessaire au développement des germes. DEHÉRAIN, l'explication de la nitrification de la surface terrestre, par le tassement parfois des conditions abondantes. L'entrave la nitrification d'eau faisant obstacle



res fortes, très argi-  
germes nitrifiants  
es où ils se trouvent  
terreine lorsque le  
une certaine humi-  
sus d'oxydation de  
rête totalement si la  
lorsqu'elle contient  
érain, la proportion  
omprise entre 10 et  
guère descendre au-  
se trouvant vers 37°.  
les ferments sont  
sent et ne fonction-  
carbonate alcalino-  
nilieu à une valeur

rs de l'activité des  
ent réciproquement  
s une bonne propor-  
ce n'est pas toujours  
contrarier. Aussi la  
t assez lente et volon-  
BLOESING d'après les  
itions d'aération de  
gr. de terre nitrifie-  
par jour.

WOLLNY que, d'une  
ns des matières orga-  
ivement et qualitati-  
acteurs de l'activité  
la moindre intensité.  
-elle pour l'oxygène  
rocessus d'oxydation  
ique, tandis que son  
phénomènes putré-

r mode de décompo-  
formation d'hydro-  
es divers, d'amines,  
ines ou toxines plus

ont mal odorantes,  
naissance sous l'in-  
part anaérobies, qui  
ÉRAIN et MAQUENNE,  
es couches terrestres  
naissent d'ordinaire

assez aérées. il peut se rencontrer dans certaines de  
leurs innombrables cavités des atmosphères partiel-  
les privées d'oxygène où se développent les anaéro-  
bies qui empruntent aux matériaux nutritifs eux-  
mêmes le peu d'oxygène qu'ils contiennent. Au reste  
la privation d'oxygène n'est pas toujours complète  
dans des cas où l'on constate cependant une dénitrifi-  
cation. Aussi BURRI et SRUTZER ont isolé deux micro-  
bes dénitrifiants, dont l'un, *B. denitrificans* II, est  
paralysé par une aération généreuse, mais dont l'autre,  
*B. denitrificans* I, fonctionne parfaitement dans  
ces conditions: ce microbe, il est vrai, ne saurait que  
décomposer les nitrites formés aux dépens des nitrates,  
grâce au *B. coli* H. WEISSENBERG). D'autres  
micro-organismes qui jouent un rôle dans la trans-  
formation des souillures organiques du sol seraient  
tantôt aérobies, tantôt anaérobies et joueraient, selon  
le cas, de propriétés différentes. Par exemple, au dire  
de E. MARCHAL, le *B. mycoides* que nous avons décrit  
comme un ferment ammoniacal aérobie, agissant par  
oxydation, pourrait aussi devenir anaérobie et déni-  
trifiant en l'absence d'oxygène: il dégagerait alors de  
l'ammoniaque, en réduisant les nitrites et les nitrates.

Enfin BRÉAL a démontré l'existence, sur les débris  
végétaux, d'un organisme aérobie, celui-là, qui décom-  
poserait les nitrates en faisant entrer partiellement  
l'azote en combinaison organique; il y aurait en  
même temps perte d'azote à l'état gazeux. On peut se  
demander si l'absence de nitrates dans les sols de  
prairies ou de forêts relativement aérés ne tiendrait  
pas à l'action de ce germe qui serait répandu sur les  
feuilles mortes, lesquelles sont douées d'un réel pou-  
voir dénitrificateur.

D'ailleurs la faible quantité de nitrates susceptible  
de prendre naissance dans un sol trop humide et peu  
aéré, tels que ceux dont nous  
trouve volontiers la proie de m  
en détruire la plus grande part

Quant aux nitrates qui se f-  
dans les terres arables bien aéré  
n'étant point retenus par le pou  
entraînés par les pluies et pass  
terreines à moins qu'ils n'aient  
végétaux. DEHÉRAIN a observé  
mières pluies d'automne qui for-  
drainage les plus chargées de  
pluies surviennent au moment  
sont dépouillées de végétation

l'été emmagasinée dans le sol y a rendu la nitrification très active. Mais d'ailleurs la végétation ne prend aucune part à l'épuration du sol souillé ; elle se borne à l'assécher dans une certaine mesure et à absorber les composés minéraux provenant de la destruction microbienne de la matière organique.

**MICROBES PATHOGÈNES DANS LE SOL.** — A côté des saprophytes dont nous venons d'exposer le rôle vis-à-vis de la matière organique, on trouve dans les couches les plus superficielles du sol et même parfois à une certaine profondeur des germes pathogènes pour l'homme extrêmement variés. Certains y sont régulièrement abondants comme si c'était là leur milieu normal : tels le *Vibrio septique* ou *Bacille de l'œdème malin* et le *Bacille du tétanos* dans la terre de jardin et celle des champs. D'autres ne s'y rencontrent que d'une façon sans doute accidentelle, transitoire, encore que l'on puisse penser avec DUCLAUX que les germes de toutes les maladies sont constamment présents dans la masse du sol où ils parviennent avec les excréments des individus malades, tout au moins avec leurs cadavres : la question est de savoir comment ils se comportent au sein de ce milieu et quelles chances ils ont de donner lieu ultérieurement à de nouveaux cas de maladie. Au surplus la virulence est en somme chez les microbes un caractère contingent et il est permis aujourd'hui d'admettre que certaines affections contagieuses ne reconnaissent pas toujours pour origine une infection humaine antérieure se transmettant par l'intermédiaire du sol, mais bien la prise de virulence dans des circonstances encore indéterminées de quelque germe compté jusque-là parmi les hôtes saprophytes de ce milieu et qui joue tout-à-coup le rôle d'agent morbigène. Tel serait le cas pour les *B. coli* entre autres, dont la présence dans le sol ne paraît d'ailleurs pas toujours en rapport avec une contamination par les excréments de l'homme ou des animaux (LINARÈS, KRUSE, etc.).

La répartition dans le sol des germes pathogènes ou susceptibles de le devenir est régie, comme celle des autres microbes, par les propriétés et les caractères spéciaux des couches considérées. Par suite, dans les terrains régulièrement poreux et à grains assez fins, ces germes sont arrêtés à peu de distance de la surface ; c'est là d'ailleurs qu'ils rencontrent la matière organique indispensable à leur nourriture, l'air oxygéné, enfin du moins pendant l'été, la température relativement élevée qui leur convient.

Au patho  
tions  
temp  
naire  
longt  
déli  
subst  
les g  
a ess  
le ter  
des  
méla  
PRAU  
et av  
il n'a  
gène  
loppe  
préal  
de sé  
goutt  
ou le  
Mais  
pour  
ont l  
antiq  
Ce  
mau  
plier  
lieu  
de s  
résis  
d'eu  
Or  
long  
pouv  
penc  
dess  
pour  
le d  
conv  
et d  
fragi  
com  
néce  
la p  
l'ent  
char

e superficielle peut  
on. L'observation de  
nent pour les autres

rait être question de  
ts infectieux au sein

ausenbourg, a trouvé  
du charbon, enterrées  
odeur, ne donnaient  
de des bacilles char-  
de quinze jours, ces  
matière à infection,  
acilles colorables. La  
cadavres n'était pas  
s faits analogues, qui  
ar les expériences de  
en contradiction avec  
Cependant LOSENER,  
é n'avoir trouvé du  
u bout d'une longue  
e là où il s'était pro-  
ation du cadavre en

bacilles de la tuber-  
en évidence vers le  
corps infectés, ne le  
pas du tout au-delà

du choléra, PETRI ne  
dans les cadavres de  
nfectés par ce germe;  
résence au bout de  
à 1 m. de profondeur  
ncurrence des sapro-  
ilisé quelle qu'en fût

ns les corps inhumés

PETRI ne l'a jamais  
ssi une fois, mais la  
rd douteuse, le même  
au sein des couches  
ous les caractères du  
pût invoquer une  
lieu par des matières  
reil fait a été vérifiée  
et SCHNEIDER qui, sur  
e jardin superficielle

ou profonde (1 m.), en dehors de toute épidémie,  
décèlent 4 fois par la méthode d'ELSNER le bacille  
d'EBERTH. Il s'ensuit que ce bacille devrait être compté  
au nombre des pathogènes normalement présents  
dans le sol, ce qui est gros de conséquences au point  
de vue épidémiologique, et oblige en tous cas à faire  
des réserves sur l'origine des bacilles typhiques  
signalés parfois dans certains sols (sols de casernes,  
entre autres, comme dans les observations de TAYLOR  
et de VOGL), alors que naguère on concluait réguliè-  
rement de la constatation de ces microbes à une conta-  
mination plus ou moins ancienne du sol par des  
malades. Désormais la question de survie de bacilles  
typhiques d'une telle provenance, survie de plus de  
cinq mois et demi d'après GRANCHER et DESCHAMPS, de  
trois mois seulement d'après KARLINSKI, de deux ou  
trois jours à peine selon WURTZ et MOSNY, si les bacilles  
se trouvent en contact avec la nappe souterraine, perd  
beaucoup de son importance.

En revanche il reste fort intéressant de rechercher  
par quelles voies les germes pathogènes que le sol  
recèle normalement ou à titre transitoire peuvent  
arriver jusqu'à l'homme et donner naissance à des  
manifestations épidémiques.

## VARIÉTÉS

### Les sectes médico-religieuses en Angleterre

Parmi les nombreuses sectes médico-religieuses qui pullu-  
lent en Angleterre, les « Peculiar People » tiennent une place  
à part. Tandis que les « Christian Scientists », par exemple,  
prétendent guérir par la prière, les « Peculiar People » n'ont  
aucune prétention curative. Mais ils n'en dédaignent pas moins  
les soins du médecin.

Ils se considèrent, en effet, comme spécialement placés sous  
la protection de Dieu, et, en conséquence, lorsqu'un d'entre  
eux est malade, estiment tout à fait inutile de faire venir le  
médecin. La protection divine suffit pour amener la guérison.

Il semble cependant ressortir d'un procès récent intenté à  
un de ces « Peculiar People », pour avoir laissé mourir,  
faute de soins, sa fille, âgée de moins de cinq ans, que cette  
protection divine ne s'étend pas toujours aux cas chirurgicaux.

En effet le doyen de la secte, M. ANDERSON,  
devant le tribunal la défense de son adepte et  
avant s'est engagé entre le jury, le juge et le té

Un juré : Que feriez-vous si un de vos adhé-  
la jambe ? — M. ANDERSON, j'appellerai un el  
juge : Vous croyez donc que le Seigneur ne p

une fracture ? — M. ANDERSON : Je crois que le Seigneur préserve ses fidèles, car je ne connais pas un cas de fracture chez les « Peculiar People ». — Le juge : Je suppose qu'un enfant soit écrasé. Vous pensez que s'il appartient aux « Peculiar People », sa jambe ne sera pas brisée ? — M. ANDERSON : Elle sera brisée si le Seigneur ne protège pas l'enfant. »

Ainsi il suffit d'être « Peculiar People » pour être à l'abri des fractures. Cependant M. ANDERSON reconnaît qu'une fracture n'est pas absolument impossible. Mais alors c'est que la protection du Seigneur s'est à ce moment détournée du blessé, et dans ce cas on peut appeler un chirurgien.

Mais alors qui nous dit que le Seigneur n'a pas eu le même moment d'oubli et de négligence quand, au lieu d'une fracture, il s'agit d'une pneumonie ou d'une fièvre typhoïde ? Et pourquoi M. ANDERSON refuse-t-il de faire venir le médecin, quand il n'hésite pas à appeler le chirurgien ?

Le Jury, n'ayant pu éclaircir ces mystères, a condamné le « Peculiar People », pour homicide par imprudence, à six semaines de prison.

(Médecine Moderne).

#### Le cinématographe du Dr Doyen à Kiel.

Le Dr DOYEN, qui voyageait à bord du yacht du prince de Monaco, a été récemment présenté, à Kiel, à l'empereur d'Allemagne, qui était venu rendre visite au prince à bord de son bateau.

Au cours de cette royale visite, DOYEN fut invité à montrer à titre de curiosité scientifique les projections chirurgicales de son cinématographe.

Il se montra lui-même faisant avec une rapidité vertigineuse des hystérectomies et des craniectomies électriques, etc., etc. L'empereur d'Allemagne, vivement intéressé par cette démonstration de médecine opératoire, sollicita vivement de notre compatriote une séance pour les élèves de l'Université de Kiel. Cette démonstration brillante eut lieu le lendemain, et le Dr DOYEN y fut vivement acclamé.

L'empereur d'Allemagne passe en revue, à Bergen, nos jeunes marins de l'*Iphigénie*, et demande à les voir manœuvrer, il les félicite, il nous trouve *aimables* et il le télégraphie à M. LOUBET ; nos officiers et une soixantaine d'élèves sont appelés à festoyer à bord du *Hohenzollern* ; GUILLAUME applaudit les démonstrations cinématographiques de DOYEN, les étudiants de Kiel font des ovations à notre habile et très savant compatriote, il y a là un revirement qui pourra déplaire peut-être au chauvinisme de certains agités, mais les habitants du continent ont intérêt à s'apprécier réciproquement à leur réelle valeur et à se grouper pour résister un jour à la gloutonnerie d'insulaires insatiables qui sont loin de nous porter dans leur cœur, que nous soyons séparés d'eux par la Manche ou par l'Atlantique.

Il s'est  
Médecine  
gnostic, les  
fication. L  
existent pr  
faisons. El  
serons don  
Les médi  
par la foi.  
tré récem  
aux malad  
ennemis. A  
toutes les  
leux et qu  
thropie.»

Derwin et  
50 centime  
que arrivé  
Je ne sais  
surexcitati  
mières mir  
— les vrai  
a demandé  
homicides  
du peuple,  
et cette es  
aux filous.

La mari  
absolumen  
— destiné  
équipages

A l'avan  
tion, en gr  
être condu  
désinfecter  
des ventil  
par les par

A l'arriè  
formaldéhy

Au cent  
se trouven  
nagées, ot  
les précau

Enfin, le  
qui file 18  
principes  
complet d'

## SSIONNELS

## par les étrangers.

*américain* », tel est le discret avait relevé sur la ment, et qui amenait le vant le tribunal correc- de deux contraventions à

c reprochait au sieur en n'indiquant que son le famille, à l'art. 9 de la la profession de médecin e. Sur ce chef, ainsi que *médical du Nord, supra*, ir d'appel de Paris sont 'existence de la contra- on.

R était prévenu de contra- , aux termes duquel « est tre français de docteur en ercice de la médecine, fait de docteur en médecine e », ce pourquoi « il sera ».

spèce? Dans son jugement la Seine a répondu négat- : prévenu. Dans son arrêt our de Paris a répondu venu C'est qu'en effet la

l'art. 20, la pénalité qu'il e deux contraventions exigées évenu « se livre à l'exer- e « le titre de docteur en étranger ». — Si l'on se a voit que l'exigence de mment par le législateur. médecins, et non aux e point de vue la triple la très courte phrase qui cative, surtout quand on dans l'art. 9 : lorsque le applicable à d'autres que mer empressement « les s-dentistes et les sages- : intentionnellement aussi ajoutés au mot « docteur ». CHEVANDIER à la Chambre de la commission de la n que de l'emploi de la

qualité de « docteur », sans qu'on parlât de l'origine de ce titre. Mais le commissaire du Gouvernement, M. LIARD, fit observer, au cours de la discussion, qu'il existait d'autres titres de docteur, docteur en droit, docteur ès-lettres ou ès-sciences, docteur en théologie, et il demanda que, pour éviter toute amphibologie, les mots « en médecine » fussent ajoutés et répétés. Or, le texte définitivement adopté fit droit à ces observations.

C'est en raison de ces considérations que les auteurs soutiennent que l'art. 20 n'est pas applicable au dentiste, fit-il précéder son nom du titre pur et simple de docteur (LÉCHOUX et FLOQUET, la *Nouvelle législation médicale*, p. 180).

Mais la jurisprudence des tribunaux s'est montrée beaucoup plus large dans l'interprétation de l'art. 20, et cela pour l'une et l'autre des conditions qui semblent ressortir du texte. D'une part, elle assimile l'exercice de l'art dentaire à l'exercice de la médecine. D'autre part, elle décide que l'emploi du simple titre de « docteur », sans autre qualification, suffit à justifier l'application de l'art. 20.

Sur le premier point, elle fait valoir que, dans l'esprit du législateur de 1892, celui qui exerce l'art dentaire exerce par cela même la médecine. Aussi l'art 16 considère-t-il comme « exerçant illégalement la médecine, toute personne qui, non munie d'un diplôme de chirurgien dentiste, prend part à la pratique de l'art dentaire ». De plus, il résulte de l'ensemble des dispositions de la loi de 1892 que ses auteurs ont vu dans l'art dentaire une branche spéciale de la médecine. Témoin cette affirmation si catégorique du rapporteur, le Dr CORNIL, au cours de la discussion du Sénat : « La loi que nous présentons au Sénat a pour titre : *Loi sur l'exercice de la médecine*, et sous le nom d'*exercice de la médecine* nous comprenons à la fois la médecine proprement dite, l'art dentaire et les accouchements ; de telle sorte qu'exercer illégalement la médecine, c'est exercer illégalement soit la médecine proprement dite, c'est-à-dire la médecine et la chirurgie, soit la chirurgie dentaire, soit l'art des accouchements ». — (Voir en ce sens : trib. Seine, 25 mai 1895 ; trib. Rennes, 5 mars et 29 juillet 1896).

Sur le second point, les tribunaux posent en principe que la question de savoir si la simple qualité de « docteur » suffit à amener l'application de l'art. 20, est une pure question de fait, laquelle doit être laissée à l'appréciation des juges. C'est aux juges à rechercher, dans les circonstances de la cause, si la qualité de docteur a été prise ou non dans le but de faire croire à l'existence du titre de docteur *en médecine* qu'on n'avait pas le droit de porter. Cette conclusion s'apprécie notamment sur le commentaire fourni par le rapporteur M. CHEVANDIER lors de la discussion de l'art. 20 devant la Chambre des Députés : « il ne peut y avoir de difficulté que sur le point de savoir ce qu'on entend par l'usurpation du titre de docteur. Voici comment il a pu quelquefois être usurpé. Il est arrivé qu'un officier de santé, reçu docteur de la faculté d'Iéna ou d'une faculté étrangère, s'en est prévalu, et qu'il a libellé ainsi ses

cartes de visite : « le Docteur un tel ». Il donna le change sur sa qualité réelle et fait croire qu'il est docteur d'une faculté française. Nous l'obligerons, par la rédaction de l'article, à dire qu'elle est l'origine de diplôme dont il se pare ».

Jugé, en ce sens, qu'il y a usurpation du titre de *docteur en médecine*, dans le fait par un dentiste étranger, non muni d'un diplôme français, d'avoir publié une annonce-réclame ainsi conçue : « le docteur EDGARD WILLIAMS, dentiste américain, a l'honneur de prévenir sa nombreuse clientèle qu'il est de retour à Rennes ». En vain le prévenu prétendait que l'art. 20 de la loi de 1892 ne lui était pas applicable, puisqu'il n'avait jamais pris le titre de « docteur en médecine ». Car « il est constant que le mot « docteur », joint au nom d'un dentiste, ne peut avoir pour le public d'autre signification que celle de docteur en médecine ; dès lors, en prenant dans l'annonce susrelative le titre de docteur, sans indiquer l'origine étrangère de ce titre, laquelle ne saurait résulter de la qualification de dentiste américain dont il faisait suivre son nom, WILLIAMS, qui n'était pas diplômé d'une faculté française, avait bien commis l'usurpation du titre français de docteur en médecine définie par l'art. 20. » Rennes 29 juillet 1896. (Fuzier-Herman, *Rép.*, voir *Dentiste*, n° 153).

C'est dans le même sens qu'a statué la Cour de Paris, par l'arrêt précité du 14 mars 1899. Tandis que le tribunal de la Seine, dans son jugement du 18 novembre 1898, déclarait que la plaque « DOCTEUR SYLVESTRE, *dentiste américain*, » indiquait suffisamment l'origine étrangère du prévenu, la Cour de Paris consacre franchement l'opinion contraire :

« Considérant que BAUMGARTNER se livre, dans les conditions prévues par l'art. 32 de la loi du 30 novembre 1892, à la pratique de l'art dentaire, que la loi précitée considère, aussi bien que l'art des accouchements, comme une branche spéciale de l'exercice de la médecine ; que le titre de « docteur » qu'il s'attribue ne peut s'entendre, de toute évidence, que du titre de « docteur en médecine » ;

Considérant que le prévenu se prévaut d'un diplôme de la République mexicaine qui le qualifie de docteur ; que les expressions « dentiste américain » dont il fait suivre le nom sous lequel il se présente au public ne se réfèrent pas au titre de docteur dont il le fait précéder ; qu'elles en restent complètement indépendantes ; que ces expressions, dont la signification échappe, au reste, à toute précision, peuvent donner à penser que BAUMGARTNER s'est livré à des études spéciales en Amérique ou qu'il a recours à des procédés plus particulièrement employés dans ce pays, mais qu'elles ne font point connaître, selon le vœu de la loi, l'origine étrangère du titre de docteur qu'il revendique ; qu'il échut donc de retenir à sa charge le grief relevé contre lui par la partie civile ».

Espérons que cet arrêt fixera la jurisprudence, en même temps qu'il mettra fin à toute divergence dans la doctrine.

J. JACQUEY.

## NOUVELLES & IN

### MÉDECINS ET BIC

Une circulaire du Ministre de l'intérieur, prescrivant d'exempter de l'impôt les médecins chargés de la médecine fait dans l'année au moins cent visites.

Mais pourquoi cette évaluation ?

### UNIVERSITÉ D

Nomenclature des Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Lille pendant l'année 1899.

FAVIER. — Du traitement du Mal de l'Estomac.

LEMAIRE. — Recherches sur la toxiologie du « Amer du Pays ».

MABILLE. — De l'efficacité de l'Art de la médication thyroïdienne.

COOREVITS. — De l'emploi des Moments de l'Anasarque.

CASTELLANT. — Quelques recherches sur le Cancer.

WAGON. — Du pronostic des tumeurs des membres.

PEL. — De l'intervention dans le Cancer zonulaire.

VIENNE. — Le furoncle du conduit de l'oreille.

BOUTILLIER. — Contribution à l'étude anatomique de l'Exstrophie de la veine.

CASSIN. — De la cystotomie sus-pubienne et des rétrécissements de l'urètre.

DUVAL. — De la morbidité et de la mortalité des accouchements (Hôpital de la Pitié).

CAUMARTIN. — Contribution à l'étude anatomique de la maxillaire d'origine non dentaire.

LHEUREUX. — La déambulation du membre inférieur.

FAUCHER. — Sur le diagnostic des formes de la grippe.

TEULLIER. — Contribution à l'étude anatomique des paupières.

THILLIER. — Résultats éloignés de la tuberculose.

DUPUIS. — Contribution à l'étude anatomique du nouveau de Bandl.

PLUS. — Les palpitations de l'aorte.

M<sup>lle</sup> CELSE. — Contribution à l'étude anatomique de l'œil.

FROISSART. — Contribution à l'étude anatomique de la lienne.

PETCOVITCH. — La psittacose.

drope contre l'invasion des  
ie maritime.

ue loi protectrice pour la  
rès ses couches.

réta-carpo-phalangienne du

ites par glissement du gros

re des flexions utérines par

ençant le pronostic de la

1. Effets. Causes. Remèdes.  
yngée dans le croup.

intestin (rectum excepté).  
sécrétion lactée par l'élec-

no thyroïdienne dans les

ation des formes graves de

leurs rapports.

nentales sur les voies croi-  
re chez le chien.

tribution à l'étude des

## ES DE PROVINCE

IOCHAINS

esseur d'anatomie à l'école

à l'école de Toulon.

école de Rochefort.

atomie à l'école de Toulon.

eur d'anatomie à l'école de

leant de la chaire de phar-

Suppléant des chaires de  
gicale.

uront lieu à Paris.

GIE

idre à nos lecteurs la mort  
de l'Hôtel Dieu à Paris ;  
rie chirurgicale à l'école de

RRHES -- L'Emulsion  
préparation créosotée. Elle  
sectoration.

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

34<sup>e</sup> SEMAINE, DU 20 AU 26 AOUT 1899

AGE DES PERSONNES DECÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		7	15
3 mois à un an . . . . .		9	8
1 an à 2 ans . . . . .		1	3
2 à 5 ans . . . . .		2	3
5 à 10 ans . . . . .		1	»
10 à 20 ans . . . . .		5	2
20 à 40 ans . . . . .		5	5
40 à 60 ans . . . . .		8	3
60 à 80 ans . . . . .		7	10
80 ans et au-dessus . . . . .		1	6
Total . . . . .		44	55

NAISSANCES par quartier		86	8	16	22	3	46	10	6	11	1	6	107
TOTAL des DÉCÈS		17	16	16	19	4	10	5	6	6	4	8	99
Autres causes de décès		4	6	15	7	1	3	1	3	1	1	2	32
Homicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide		1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2
Accident		»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculeuses		1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Méningite tuberculeuse		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phthisie pulmonaire		1	2	2	1	1	2	»	3	2	»	13	
Diarrhée et entérite	plus de 5 ans	»	»	»	1	»	1	1	»	»	»	3	
	de 2 à 5 ans	»	»	1	1	»	»	»	1	»	»	2	
	moins de 2 ans	»	3	5	8	1	2	4	1	2	1	6	
Maladies organiques du cœur		»	2	1	»	»	1	»	»	»	»	»	3
Bronchite et pneumonie		»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»
Apoplexie cérébrale		»	»	»	2	»	1	»	»	»	»	»	3
Autres		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Cogueluche		1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	
Croup et diphtérie		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole		»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	3
Variole		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Répartition des décès par quartier	Total
Hôtel-de ville, 19,892 hab.	
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes, 11,381 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
Total	

# L'ÉCHO MÉDI

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants ; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédard, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Cartier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphilitique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

MM. Deléarde, professeur agrégé de clinique chirurgicale ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Kéraval, directeur de clinique ; De Lapersonne, professeur de clinique chirurgicale ; Looten, médecin (Valenciennes), membre de l'Académie de médecine ; Moty, médecin (Oul), professeur agrégé, chef de clinique ; Surmont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : De la fluxion de poitrine, par le Pr Combemale, leçon recueillie par M. L. Decoopman, externe. — Arthropathie symétrique des coudes paraissant consécutive à une fracture de la base du crâne, par le docteur Potel. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### De la fluxion de poitrine

par le professeur Combemale

Leçon clinique recueillie par M. L. Decoopman, externe du service.

Longtemps on a désigné sous le nom de fluxion de poitrine, ces états morbides affectant l'appareil pulmonaire, dans lesquels les signes congestifs sont combinés en proportions diverses à l'élément phlegmasique. Mais les affirmations autoritaires et exclusives de l'école anatomo-pathologique obscurcissent à un moment donné cette conception essentiellement clinique ; et depuis lors on n'a communément guère plus tenu compte dans la fluxion de poitrine que de l'état hyperhémique de la pneumonie qui s'y retrouve. Sous l'influence de cette école, l'identité des deux états morbides fut acceptée par les meilleurs esprits ; la fluxion de poitrine disparut, Messieurs, du cadre des maladies qu'on enseigne dans les livres classiques de médecine.

Cependant depuis un demi-siècle, des voix autorisées s'élevaient, pour réclamer au nom de la clinique une place dûment marquée, pour la fluxion

de poitrine. CRUVEILHIER giste qu'il fût, avait débattu avec frottements, et continuait à réhabiliter cette fluxion s'était tant efforcée de réprimer l'inflammation spéciale de la poitrine, reconstruisant la fluxion de poitrine sans jamais abandonné l'antique de poitrine ; malgré la déconvenue rencontrée pendant cinq ans de possession d'un dogme établi et consacré, pour tout le monde tend à une conception, modernisée il varié ; et si l'école de Montpellier a fait une concession à ses anciennes dénominations, elle conserve c'est-à-dire son dogme et qu'a employée GRASSET, pour la poitrine une pneumococque de plaire à tout le monde de faire admettre la vérité le boisseau.

Nous en tenant à cette conception nous considérons donc, la poitrine, comme une pneu-



n me passer  
espère bien  
même que  
vec ce sens  
gagne, pour  
hoïde habi-  
our être re-  
pneumonie  
alles, quel-  
vers par le  
études la

stant le point  
é de l'entité  
out d'abord

eux façons.  
rte des pro-  
le-huit heu-  
prouve une  
de céphalée,  
, et présente  
est en proie  
rement rien  
maladie se  
e, plus ou  
rend le sujet  
re axillaire  
missements.  
en marque  
onie.

suivent le  
linique tra-  
appelle la  
oint de côté,  
ent doulou-  
nts respira-  
une grande  
point dou-  
rencontrer  
us-épineuse  
à celui où  
l'expression  
ment s'ins-  
malade fait  
température  
. Une toux  
ir le malade

et pour son entourage survient, qui appelle l'examen direct du thorax. La percussion révèle en effet de la submatité en un point donné de la poitrine, et en ce même point de discrets râles crépitants, secs et fins, s'entendent par bouffées, à la fin de l'inspiration. Au cas où vous ne les constatez pas d'emblée, faites tousser le malade et cherchez-les dans l'aisselle. Leur présence indique la fin de la période d'engouement, et signifie que les alvéoles pulmonaires obstrués par l'exsudat albumineux commencent à se désagglutiner. Ce processus se généralisera dans les périodes ultérieures.

La phase d'hépatisation rouge commence alors, un jour et demi environ après le frisson. La phlegmasie à ce moment fait alors tout son effort; le point de côté qui exprime cet effort s'amende. Mais à sa place s'installe l'élément congestif, c'est-à-dire que les symptômes fonctionnels augmentent. Nous voilà à la période d'état de la pneumonie. L'aspect du pneumonique dès ce moment est caractéristique: anhélant, la parole brève et entrecoupée par la toux, le visage rouge et en moiteur, cherchant vainement le sommeil, les narines, les dents et les lèvres fuligineuses; souvent plongé dans un délire, doux ou violent, suivant le caractère du sujet et sa propension à la boisson, le malade a un pouls qui approche 100 pulsations, une température à 40°5; des urines rares, foncées, riches en urée et en urates, pauvres en chlorures. L'examen direct décèle de l'exagération des vibrations thoraciques; de la matité à la percussion; et si l'on ausculte, on a de la bronchophonie: la voix du malade transmise par le bloc fibrineux pneumonique bon conducteur du son, arrive éclatante, mais non articulée à l'oreille; enfin, au milieu des râles crépitants se fait entendre le souffle tubaire, caractérisé par le timbre rude et soufflant de la respiration. Quelque nets que se présentent tous ces symptômes, ne négligez pas l'examen des crachats; ils sont typiques et presque pathognomoniques: ils sont ambrés, rouillés, couleur du sucre d'orge, suivant la quantité de sang qu'ils contiennent brassé et mélangé à l'exsudat; ils sont de plus aérés, visqueux, adhérents au crachoir et transparents; riches en leucocytes et hématies, encombrés de nombreuses cellules épithéliales pulmonaires, de mucus, de fibrine coagulée en petites masses ou moulée sur les bronchioles, ces crachats ont encore un caractère histologique de la dernière importance, celui de recéler le pneumo-

coque. Ce microbe, dit de TALAMON et FRAENKEL, se présente sous la forme de grains lancéolés, disposés en séries et entourés d'une gangue albumineuse : Il se colore facilement, se cultive aisément aussi, à une température de 30 à 35° sur agar et sur gélatine en prenant en colonie l'aspect d'une goutte de rosée ; mais en perdant sa virulence dès le cinquième jour de la culture ; injecté à une souris ou à un lapin, il tue ces animaux réactifs en vingt-quatre heures sans produire d'inflammation locale, mais en provoquant une hypertrophie de la rate ; si l'on inocule le pneumocoque au rat, au chien, au mouton, la réaction locale s'obtient, déterminant même la pneumonie si l'injection a été intrapulmonaire.

Une nouvelle phase, attendue et guettée avec soin par le clinicien au cas d'une issue heureuse de la pneumonie, se présente du cinquième au dixième jour qui suit le frisson ; la crise, qui juge la maladie, survient dans cet intervalle de temps, presque toujours au septième jour. Bien souvent, vous aurez désespéré du malade voyant l'aggravation de tous les symptômes se produire, la dyspnée à son maximum, l'expectoration difficile, la température ascendante, le pouls faiblissant ; or, cette aggravation préparait en quelque sorte l'effort suprême de l'économie vers la guérison. Des sueurs profuses, des épistaxis répétées seront survenues, une éruption d'herpès labial exagérément étendu, une diarrhée subite ou des urines abondantes et albumineuses auront paru qui constituaient la crise. Et en quelques heures la défervescence s'est faite, la température est retombée à 37°. La maladie marche dès lors vers la guérison ; l'économie a triomphé, l'hyperhémie, reliquat de la phlegmasie, va disparaître graduellement.

Puis, peu à peu, les crachats deviennent moins visqueux, plus opaques, comme graisseux, dépourvus de fibrine ; la matité thoracique diminue ; au râle crépitant sec, au souffle tubaire se substitue un râle humide et gros, qui s'entend aux deux temps de la respiration : c'est le râle crépitant de retour (redux). L'amaigrissement qui a été très rapide cesse ; l'état psychique s'améliore, le délire s'affaiblissant, l'espoir et la gaieté renaissant. On peut dire que le pneumonique entre dès lors en convalescence.

Lorsque les signes cliniques de la pneumonie ne se sont pas amendés dans les dix jours qui suivent le frisson, c'est que l'infection pneumonique s'est compliquée d'une autre infection à localisation pulmo-

naire, qu'elle s'est généralisée. Le stade anatémique alors le nom d'hépatisme, celui d'une pyémie, d'une septicémie, ou naguère. Les crachats deviennent comme le jus de pruneau. La fièvre est continue, le ventre se ballonne, le pouls irrégulier ; le patient est agité, le délire s'accroît. Rien de caractéristique, les complications sont variables. La mort tarde peu, elle est certaine.

Telle est la pneumonie clinique habituelle, pourrais-je dire, comme donné de la voir dans la pratique. L'entrée en matière est certaine dès les premiers jours du début (pendant sept jours la guérison indispensable se poursuit ; alors, ou la crise préparée de loin n'ayant pas été à la suite, survient comme dans la pneumonie sont

D'une façon sensible, la clinique se présente le tableau qui s'observe les jours derniers chez le malade de Sainte-Catherine, l'un

Le premier malade s'est plaint d'une vive douleur de côté qui occupait constamment le thorax. Il avait eu quelques frissons. Depuis ce moment, il avait toujours une légère fièvre, se sentait sérieusement malade, mais il était bien le quatrième jour de la pneumonie ; mais à ce moment ne correspondaient des complications franches. Du reste, nous avons constaté une anesthésie cutanée à la percussion du flanc droit en effet é

sans que l'on pût à la pression était éteint l'endolorissement la parole à voix voquée. Malgré les dans cette pleuro-pneumonie, quelque son évolution.

auscultatoires. Les d'aujourd'hui et étaient l'auscultation vous a révélé, sur une hauteur de des sous-crépitations le même point. Ici la pleuro-pneumonie, en effet, de cette façon ; le souffle sous-crépitations ne prêtent à l'auscultation.

que de par le point pleuro-pneumonie. Malgré cela, dans l'esprit. Les ont ensuite pris la l'auscultation tiennent le pneumonisme bactériologique la preuve. En effet, re, — le renseignement — décline et que la chute graduelle ; qui se croit ou veut la convalescence est

que parmi les signes du malade, il en est qui sont ressortis. Il ne vous a pas la a évolué sans ne nous inspirant d'aucune inquiétude. La pleuro-pneumonie cachait une pleuro-pneumonie, masquée par la pleuro-pneumonie. La fluxion pleuro-pneumonique et commode, peut être que qui n'est pas la pleuro-pneumonie reconnue les allures plus, puisqu'elle est pleuro-pneumonie. C'est ce que pleuro-pneumonie non des moindres. pleuro-pneumonie toujours un tableau

aussi effacé, aussi adouci que l'exemple ci-dessus. Vous vous souvenez en effet de ce malade, entré le même jour dans le service et qui occupe le numéro 11 de la salle Sainte-Catherine. Ce jeune homme vous est apparu avant-hier matin dans un état grave. Il était fortement anhélant, les pommettes rouges, la langue sèche, le corps couvert de sueur ; le thermomètre avait marqué 40° une demi-heure auparavant ; le pouls battait 106 à la minute, les urines étaient rares, uratiques. Vous avez remarqué qu'il portait aux lèvres de nombreuses vésicules d'herpès qui l'une après l'autre s'étaient formées pour constituer le bouquet constaté. Les crachats étaient gommeux, rouillés, la toux quinteuse et fatigante.

Entre deux inspirations et par courtes phrases, le malade vous a dit avoir eu un frisson plusieurs jours avant son entrée dans le service, souffrir depuis lors d'un point de côté, qui ne se calmait pas. A première vue et avant de recourir à l'auscultation, on était porté à diagnostiquer une pneumonie, la majeure partie des renseignements y invitait du reste. Cependant, on s'apercevait vite qu'aux signes fonctionnels ne se superposaient pas les signes physiques correspondants. En examinant de près le malade, nous trouvâmes en effet les vibrations thoraciques légèrement exagérées au flanc droit et en arrière et de la submatité au même niveau ; en appliquant l'oreille en ce point un souffle était entendu, mais un souffle dont on ne pouvait dire qu'il était rude ou doux, la bronchophonie d'autre part se panachait d'égophonie. Il était impossible ce jour-là, et il n'a pas été davantage possible hier de percevoir le bruit caractéristique des râles crépitants ou des bruits anormaux ayant la valeur de ce râle se produisant à la fin de l'inspiration ; mais par contre un peu plus haut vers l'aisselle existaient des frottements reconnaissables à leur apparition aux deux temps de la respiration et à leur éclatement sous l'oreille. Du côté gauche nous ne découvrîmes rien d'anormal ; formuler le diagnostic de pneumonie sans faire des réserves était imprudent.

Avant de prononcer le mot de fluxion de poitrine pour ce cas, grave à tous égards, j'eus recours, — vous vous en souvenez —, à un deux cents grammes de sang pleuro-pneumonie par l'interne du service à pleuro-pneumonie le lendemain matin, Messieurs s'était opéré dans la situation pleuro-pneumonie malade que le souvenir vous e

je l'espère. La coloration du visage était tombée, l'anxiété avait disparu, l'oppression s'était dissipée, la fièvre dépassait à peine 38°, l'urine était plus abondante, un peu de sommeil avait aidé à la résurrection véritable. Il y avait plus ; ceux d'entre vous, Messieurs, qui ont ausculté ce malade, ont perçu des sous-crépitaux gros et moyens à côté et au-dessous, des frottements disséminés dans tout le poumon droit ; quant au souffle les caractères n'étaient pas plus précis que la veille. Le poumon gauche lui-même participait à cet envahissement de bruits pulmonaires, bien que la veille il ne fût pas en cause ; des sibilants, une véritable tempête de râles, occupaient les deux poumons. Vous venez du reste de constater que cette crise s'est continuée : le thermomètre s'est complètement abaissé au-dessous de 37° 5, après être resté toute la journée d'hier à 38° ; l'expectoration et l'auscultation sont d'accord avec cette défervescence de gros râles remplissent encore le poumon.

On peut dire aujourd'hui que s'il y avait un diagnostic qu'il ne fallait pas porter sur le cas de ce jeune homme c'était celui de pneumonie. Malgré la présence du pneumocoque dans l'exsudat, ce diagnostic doit être écarté : *a* parce que le râle crépitant, pas plus que le souffle tubaire, n'existaient au cinquième jour après le frisson, avec leurs caractères typiques l'un et l'autre ; *b* parce que la défervescence, au lieu d'être brusque, s'est faite en lysis comme vous pouvez le vérifier sur la courbe de température. L'hypothèse de bronchopneumonie ne doit pas être débattue : les noyaux caractéristiques à évolution successive manquaient, et il ne saurait, par définition, exister de bronchopneumonie sans cette condensation partielle et par blocs isolés du parenchyme pulmonaire. Pour la raison d'ordre général au contraire que je vous exposerai tout-à-l'heure, il s'agissait d'une fluxion de poitrine.

J'admets volontiers que ce cas de fluxion de poitrine confine à la pneumonie, que son pronostic était plus grave que celui du premier, qu'il y a plus loin de ce cas clinique au premier que je vous ai rappelé. C'est néanmoins dans le cadre des fluxions de poitrine : hyperémie intense autour d'une phlegmasie moyenne ou faible, que l'on doit la ranger. Vous pouvez d'ailleurs, Messieurs, imaginer dès maintenant ou bien rencontrer plus tard des types intermédiaires à ceux que nous avons signalés où les signes de congestion,

de pleurésie, de bronchovétreron et se superposent à diverses manières ; il y a dans certains de ces cas un caractère d'attention que difficilement on ne voit pas, voyant du reste l'ensemble établi aujourd'hui et demain ; allongement en passant par vous récapitulerez pour le moribond qu'a présenté hésitant et embarrassé retenu par des préjugés le vrai sens du mot, vous rendra toute justice.

Mais pour que vous soyez en toute assurance, voyez de poitrine, ce qui la caractérise avec laquelle elle n'a rien à voir.

Chez le malade atteint de fluxion de poitrine, les signes cliniques se montrent incomplets ou, par exemple, si dramatique si faible qu'il paraît impossible, le point de côté n'existe pas, jusqu'au moment où le frisson. La défervescence brusque comme c'est le cas en plusieurs fois, bizarre, qui déroutera.

Chez le malade atteint de fluxion de poitrine, les signes physiques perçus dans plusieurs parties, accessoire. C'est ainsi qu'on trouve de poitrine des signes pulmonaires : (submatité, souffle, etc.), de pleurésie avec épanchement (égophonie), de bronchopneumonie mélangés au hasard, épaisseurs différentes, crachats, au lieu d'être purulents lorsque l'exsudat est purulent sont légèrement rosés, n'approchent que rarement d'orge. Il est évident que

étal et viscéral, les tranches ; bronches fines et moyennes toires sont envahis par l'hy-  
ent à la phlegmasie première  
ée. Rien d'analogue n'existe  
che, mais extensive dans ses

t de fluxion de poitrine, l'éro-  
rapide, elle se fait sans compli-  
t jours survient la déferves-  
e ne se fait pas attendre, qui  
aire de rien de fâcheux. Il  
ion de poitrine l'inflammation  
ne pulmonaire et ses organes  
elle les effleure, les ménage,  
orte, au lieu de les mordre et  
, la fluxion de poitrine affecte  
lammatoires ou sthéniques de  
rencontre guère que chez les  
ins de la campagne : jamais  
e la forme asthénique masquée  
'adynamie ; la forme nerveuse  
ant la symptomatologie ou se  
utable méningite pneumococ-  
s la fluxion de poitrine. Enfin,  
de rencontrer, comme reliquat  
e, des paralysies ou des mani-  
naires postérieures à l'acte  
ndocardite, la péricardite, la  
, une otite, une parotidite, la  
é, la fluxion de poitrine guérit  
e quand l'atteinte a été rude.  
nt de fluxion de poitrine, la  
ue est beaucoup moindre que  
us remarquez que j'ai parlé du  
it : pour qu'il y ait fluxion de  
t, qu'il y ait du pneumocoque  
du pneumobacille, du tétra-  
du coli-bacille, etc., ou tout

J'insiste aussi sur ce que les  
umocoque existant dans les  
ites les précautions désirables  
rendu ces animaux malades,  
tués en vingt-quatre heures,  
neumocoque d'une pneumonie.  
ocoque est le point important  
le que nous nous faisons de la  
'en est, en quelque sorte, le

criterium. A côté des signes cliniques et physiques, cette constatation bactériologique acquiert une valeur considérable ; et pour constituer un diagnostic précoce les inoculations expérimentales ne sauraient être trop hâtives à mon avis.

Je viens de vous présenter en un tableau résumé, comme ramassé, ce qui permet de différencier la fluxion de poitrine de la pneumonie. Les types de la fluxion de poitrine sont trop nombreux, correspondant à des atténuations différentes du pneumocoque, comme aussi à des états de résistance du porteur, pour que j'aie pu insister et faire mieux qu'un tableau didactique. Mais je ne voudrais pas terminer sans vous apporter une preuve de plus à l'appui de cette différence qui existe entre la fluxion de poitrine et la pneumonie : Quels sont, en effet, les moyens thérapeutiques dont vous disposez pour traiter la fluxion de poitrine ? Comme on l'a dit pour la fièvre typhoïde. Messieurs, le meilleur médicament de la fluxion de poitrine est encore un bon médecin, qui surveillera attentivement la marche de la maladie et répondra sans hâte, au fur et à mesure de leur urgence, à toutes les indications thérapeutiques. Soyez toujours prêts à pratiquer une saignée, à appliquer des sangsues, à poser des ventouses scarifiées pour combattre tant l'infection que l'hyperhémie. La dyspnée sous l'influence de la fluxion sanguine est-elle exagérée, mettez ventouses sèches sur ventouses sèches ; la fluxion s'étend-elle en profondeur, songez au vomitif qui décongestionne le poumon : ipéca, mieux tartre stibié en lavage, à la dose de 40 centigrammes dans un litre d'eau, à prendre par verres dans la journée. Les phénomènes d'hyperesthésie cutanée et musculaire, le point de côté durable sont justiciables du classique vésicatoire, mieux de la révulsion par le stypage au chlorure de méthyle. Quant à la fièvre, vous la calmerez par la quinine si elle dépasse 39° : sinon vous ne l'attaquerez pas, — on ne part pas en guerre contre un moustique — ; vous saurez, en cas de faiblesse passagère, stimuler le cœur par la caféine : et comme malgré tout l'état général commande une intervention, c'est aux toniques, boissons vineuses, potions alcoolisées, quinquina, etc., que vous vous adresserez pour étancher la soif et remonter du même coup le malade. Vous le voyez, en somme, la caféine et la saignée sont les moyens efficaces et sûrs, qui vous rendront, le cas échéant, les meilleurs services : le restant n'est et ne peut être qu'accessoire.

Je crois, Messieurs, vous avoir donné, à propos de la fluxion de poitrine, des raisons suffisamment probantes, pour que dorénavant, vous croyiez à sa réalité clinique ; je ne m'abuse pas cependant au point de penser que vous la distinguerez facilement et du premier coup dans les affections pulmonaires dont l'école anatomo-pathologique nous a imposé les dénominations, — comme si tel système pouvait être isolément intéressé ! — et que nous persistons à appeler du nom de bronchite, pleurésie, etc. Le diagnostic de fluxion de poitrine est, en effet, un diagnostic d'après coup, si je puis ainsi dire : ce n'est pas d'emblée qu'au lit d'un prétendu pneumonique vous pouvez dire : ceci n'est que la fluxion de poitrine. Il entre dans ce diagnostic trop d'appréciations survenant à des époques diverses de l'évolution de la maladie, pour qu'on puisse se prononcer sur le champ. Mais s'habituer à rectifier son diagnostic et à le porter avec précision, même quand le mal est éteint, est chose digne du médecin. Et si vous ne devez pas toujours dire pneumonie, vous ne devez pas non plus dire toujours fluxion de poitrine. *In medio et in veritate virtus !*

**Arthropathie symétrique des coudes**  
paraissant consécutive à une fracture de la base du crâne  
Par le docteur Potel, chef de clinique chirurgicale

Depuis 1868, époque à laquelle CHARCOT décrivit les troubles trophiques articulaires au cours du tabes, et démontra nettement la relation de cause à effet qui unissent la lésion nerveuse et la lésion articulaire, le cadre des arthropathies nerveuses s'est considérablement élargi.

Les observations, se multipliant, sont venues montrer que le tabes et la syringomyélie n'avaient pas le monopole du « Charcot's joint disease, » comme l'appellent encore aujourd'hui les Anglais.

Les lésions médullaires, le ramollissement cérébral, l'hémorragie cérébrale, la paralysie générale même peuvent produire des lésions trophiques articulaires. Récemment JEANNEL, CHIPAULT, MORANDEAU ont publié des cas d'arthropathies consécutives à des fractures du rachis.

Nous avons eu l'occasion, il y a quelque temps, d'observer dans le service de M. le Professeur DUBAR un malade présentant une arthropathie symétrique des coudes paraissant consécutive à une fracture de la base du crâne. Comme nous n'avons trouvé dans

la littérature médicale restons quelque peu diagnostique. D'ailleurs Nous discuterons plus

Adolphe C..., 22 de la Charité, service des douleurs au niveau à 45 ans, de tuberculose portante. Elle a eu jamais fait de perturbation dentellement (brûlé à 21 ans, il était atteint de trois ans. Le mal syphilitique ni héréditaire. A l'âge de 14 ans, assez élevé et tombé par le nez, la bouche conjonctivales et re-

Puis l'état s'améliore, quelques semaines il put continuer des sensations persisté depuis huit plus, le malade, per vers la gauche.

Après l'accident, la surdité augmenta. Actuellement, on entend.

Deux mois environ douleurs assez vives, puis, dix jours après ne peut nous dire ment. Ce qu'il sait, vives pour le contraire trois mois. Avec le lors, ces douleurs sont mais très atténuées traint le malade à g.

Il y a 15 jours, nouvelle crise douloureuse.

A l'examen, la flexion des coudes, point de gonflement, ni d'arthrose, ni d'épicondylites.

Si l'on fait mouvoir point de douleur, à distance, des craquements sont également constatés radiocubitus évidence par des supination. L'extension impossible. Si l'on est très vive.

Il y a de l'atrophie contrastant avec un muscles de l'avant-bras. La lésion est absolue. Les articulations sont intactes.

On essaie comme pression ouatée, et

devons maintenant donner admettre une relation de même cérébral et la lésion

en deux mots les grands. Un enfant de 14 ans a une. Deux mois après apparitions *symétriques*, au arthropathie dure depuis ement.

à éliminer la tuberculose, antécédents douteux (un ott).

non plus de songer à la quise. La mère a eu neuf ne présente aucune tare

plus délicat avec l'arthrite avec une forme que, à tort trer dans l'arthrite sèche; l'ostéochondrite disséquante

produit des petits fragments qui donne un dépoli artirésenter un aspect clinique is à celui de notre malade alité des lésions (BOWLEY,

ue l'affection, chez notre is. L'arthrite sèche n'apparît. D'autre part, si comme andent à l'admettre aujourd'une maladie trophique, tout ombe de lui-même.

rdre clinique et d'ordre ter en faveur de notre façon

les hémiplegiques, chez des rs cérébrales, des épanche- les articulations.

pas très intéressant. Une l'enfance une hémiplegie taient limités, on percevait opsie, on trouva un foyer occupant la couche optique articulations de la hanche ésentaient des végétations ,de l'usure, des ostéophytes,

etc., lésions trophiques dont l'origine remontait à l'attaque d'hémiplegie infantile.

ALBERTONI, qui avait observé un cas curieux, où, chez un apopléctique, les articulations contenaient un épanchement hémorragique abondant, a tenté avec succès de reproduire expérimentalement ces lésions. En pratiquant des lésions profondes du gyrus sigmoïde, chez le chien, il déterminait des hémorragies non seulement dans les viscères, comme l'ont montré SCHIFF, VULPIAN, etc., mais aussi dans les grandes articulations du côté opposé, les autres articulations (du côté lésé) présentaient soit un épanchement sanguin, soit une injection de la synoviale.

Il paraît donc démontré aujourd'hui, que des lésions (il est difficile d'affirmer si ces lésions agissent par excitation, ou destruction) du système nerveux central peuvent produire des troubles considérables au niveau des articulations. Le premier effet pathologique qui a été constaté, est une vaso-dilatation intense, allant jusqu'à l'hémorragie intra articulaire, ou tout au moins aux épanchements sous-chondraux. On n'a guère observé d'autres lésions, pour cette raison très simple, que les malades succombent souvent au traumatisme.

Pour en revenir à notre malade, il nous semble admissible d'interpréter de la façon suivante les phénomènes qu'il présente.

Un traumatisme considérable amène une lésion grave du cerveau. Vaso-dilatation intense au niveau des articulations des coudes. Production de pétéchies sous le cartilage. Ces pétéchies amènent des troubles dans la nutrition et la vitalité des cartilages et de la synoviale. Dépoli articulaire se traduisant objectivement par des craquements

Cette façon d'envisager les phénomènes, pour théorique qu'elle soit forcément, nous paraît au moins en rapport avec ce que la clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation nous ont appris jusqu'ici.

## VARIÉTÉS

### A propos de la peste.

La faculté de médecine de Paris, une des plus célèbres du quatorzième siècle, fut chargée de donner son avis sur les causes de la peste noire et sur le régime qu'il fallait suivre. Cet avis est une bizarre absurdité. En voici le commencement:

« Nous, les membres du collège des médecins à Paris, après de mûres réflexions sur la mortalité actuelle, avons pris con-

seil auprès de nos anciens maîtres de l'art, et nous voulons exposer les causes de cette peste plus clairement qu'on ne pourrait le faire d'après les règles et les principes de l'astrologie. En conséquence, nous exposons qu'il est connu que dans l'Inde, dans la région de la grande mer, les astres qui combattent les rayons du soleil et la chaleur du feu céleste, ont exercé leur puissance contre cette mer et combattu violemment avec ses flots. En conséquence, il naît souvent des vapeurs qui cachent le soleil et qui changent la lumière en ténèbres. Ces vapeurs opèrent leur ascension et leur descente pendant vingt-huit jours de suite; mais à la fin le soleil et le feu ont agi si violemment sur la mer, qu'ils en ont attiré vers eux une grande partie, et que l'eau de mer s'éleva sous la forme de vapeur. Par là, dans quelques contrées, les eaux ont été tellement altérées que les poissons y sont morts. Mais cette eau corrompue ne pouvait consumer la chaleur solaire, et il n'était pas non plus possible qu'il sortît une autre eau saine, de la grêle ou de la neige. Bien plus, cette vapeur se répandit par l'air en plusieurs parties du monde et les couvrit d'un nuage. C'est ce qui arriva dans toute l'Arabie, dans une portion de l'Inde, dans la Crète, dans les plaines et les vallées de la Macédoine, dans la Hongrie, l'Albanie et la Sicile. S'il parvient jusqu'en Sardaigne, aucun homme n'y restera en vie, et il en sera de même des îles et des pays circonvoisins, où ce vent corrompu de l'Inde arrivera ou est déjà arrivé, aussi longtemps que le soleil est dans le signe du Lion.

Si les habitants de ces régions n'emploient pas un bon régime, nous leur annonçons une mort inévitable, à moins que la grâce du Christ ne leur conserve la vie ».

### Vaccine et Referendum

Le parti ouvrier du canton de Soleure voudrait qu'on soumit au referendum populaire la suppression de la vaccination obligatoire.

Pour que la demande soit accueillie, il faut qu'elle réunisse 2,000 signatures. En 1880 et en 1890 le nombre des signataires n'avait pas dépassé 1,600. Cette fois la pétition a recueilli 2,132 signatures.

Le jour viendra sans doute où l'on demandera au peuple « réuni dans ses comices » de résoudre la question :

La fièvre typhoïde doit-elle être traitée par les bains froids? Ou bien :

Doit-on opérer l'appendicite?

(Médecine Moderne).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### Médecine et magnétisme

Dans son n° du 2 avril dernier, *suprà*, p. 165, l'*Écho médical du Nord* a rapporté un jugement du tribunal correctionnel de la Seine, en date du 6 janvier 1899, condamnant,

pour exercer sans diplôme, l'un des moyens de p

La question de la loi pénale est des Cou  
Nos lecteurs correctionnels contre un  
massage », à ... 100 fr.  
Le tribunal, répression, 1892 (DALL  
de la Seine II, 281), co

Mais cet *médical* (tribunal co et il exprime la décision par la Cour d'Angoulême *médical*. C'est l'arrêt du 232) a cor resté, en e gurée dans SIREY, 94,

Faut-il c pourront c à se soucie la crainte 100 fr. qu nous voula justice qui magnétisme un arrêt re un juge me 6 janvier 1

« Consid 30 noveml

« 1° Tout en médecine sage-femme art. 6, 29 e ou par un affections e ou des acc

» Que le de tout act d'un état e être arbitra à la presc chirurgica réduction

» Consid Chambre



mois du texte ci-dessus  
ou interprétation ;  
résulte de l'instruction,  
évenus, que du mois de  
ne sont munis d'aucun  
la dame Bertoux par de  
le ont représentées au  
sérison ou tout au moins  
te dame ;

uellement au traitement  
s, ainsi qu'ils le recon-  
'annoncent d'ailleurs par

i qu'ils l'allèguent, que  
emploi de médicaments,  
qu'il est ci-dessus établi,  
ts des prévenus ;

...réduit toutetois de 300  
s par les premiers juges

eut faire valoir à l'appui  
analysés dans l'arrêt de  
saire de les reproduire.  
ntraire est toujours le  
à où il est dit que « Les  
e illégal de la médecine  
néτισeurs que le jour où  
ituelles, et où, sous le  
raient des médicaments,  
et des fractures. » Mais  
pousser soit l'argument  
ind lui attribuer. On les  
is des Cours de Lyon et  
a Seine, que nous avons  
l, c'est le titre de l'art.  
clair, trop précis, pour  
sens dans les travaux

iquer pourquoi la Cour  
une phrase qui, après  
ersonnelle à son auteur,  
on veut, à toute force,  
ce qu'a voulu ou que ce  
se se référerait-on pas au  
JORNIL, aussi bien qu'au  
ités par M. CHEVANDIER ?  
6, a précisé l'intention  
emier alinéa de l'article,  
ntative de définition du  
Chambre... On ne peut  
détails, toutes les formes  
ce illégal. Nous avons  
e latitude dans l'appré-  
quons que le rapport du  
HEVANDIER : n'est-il pas  
t même que la Chambre  
ion rapporteur, ces idées

ont été repoussées par le Sénat, puis finalement par la Chambre  
des Députés elle-même, puisque, sur ce point, la Chambre a  
adopté le texte voté par le Sénat ?

Les tribunaux ont donc toute « latitude dans l'appréciation  
de l'exercice illégal ». Sans doute, ils devront, dans cette  
appréciation, s'inspirer de la pensée du législateur. Mais cette  
pensée, ils ne peuvent la trouver nulle part plus sûrement que  
dans le texte définitif adopté par le législateur. Nous en  
revenons donc toujours au texte de l'art. 16. Et c'est fort  
heureux que ce texte embrasse les pratiques du magnétisme.  
Le public est intéressé à ce que les sanctions pénales ne soient  
pas restreintes aux charlatans qui ordonnent des médicaments  
et pratiquent des opérations chirurgicales : la simple appli-  
cation d'un traitement magnétique faite mal à propos à un  
malade atteint d'une maladie nerveuse peut avoir sur la santé  
de celui-ci une influence déplorable ; dès lors, il est bon que  
l'application de semblable traitement reste soumise au  
contrôle d'un homme qualifié pour en apprécier l'opportunité.

(V. Dr BROUARDEL, *L'exercice de la médecine  
et le charlatanisme*, p. 527.)

J. JACQUEY.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### Le budget des Universités françaises

Les quinze Universités françaises ont une population de  
27.080 étudiants, dont 12.059 pour Paris. Elles dépensent  
par an 13.859.500 fr. ; l'instruction de chaque étudiant  
coûte donc 511 francs par an en moyenne.

Pour payer ces dépenses, dit le *Lyon médical*, les revenus  
universitaires interviennent pour la somme de 2.093.700 fr. ;  
les legs, donations, subventions diverses s'élèvent à une  
somme globale de 1.511.600 fr. Pour parfaire aux dépenses,  
l'État doit payer chaque année le joli denier de 10.524.200 fr.,  
c'est-à-dire que chaque étudiant coûte en moyenne, à l'État,  
par an 370 fr.

Voyons ce que coûte l'étudiant lyonnais : l'Université  
de Lyon a 1.310.600 fr. de recettes, dont 209.460 de  
revenus universitaires et 1.066.916 de l'État. Sa popu-  
lation scolaire étant de 2.335 étudiants au 15 janvier 1898,  
l'instruction de chaque étudiant coûte 561 fr. et les revenus  
universitaires entrent dans cette somme pour moins de  
100 francs.

### UNIVERSITÉ DE LILLE

#### Faculté de Médecine et de Pharmacie

Programme des Cours. — Semestre d'hiver. —  
Ouverture le 3 novembre 1899.

*Anatomie normale.* — M. DEBIERRE, professeur : Le sys-  
tème nerveux, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la  
Faculté (Amphithéâtre n° 1).

*Histologie.* — M. LAGUESSE, professeur : La cellule ; notions générales d'embryologie ; les tissus ; le système nerveux, mardi, jeudi, samedi, à 5 h. 1/4, à la Faculté (Amphithéâtre n° 3).

*Anatomie pathologique et Pathologie générale.* — M. CECILIS, professeur : Maladies de l'appareil digestif ; bouche, œsophage, estomac, intestins, foie, pancréas. Pathologie générale ; la fièvre, mardi, jeudi, samedi à 4 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 3). — Le samedi est réservé aux leçons de pathologie générale.

*Clinique médicale.* — M. LEMOINE, professeur : Tous les jours exercices cliniques, leçons cliniques les mardi, jeudi, samedi, à 9 heures, à l'hôpital St-Sauveur.

*Clinique chirurgicale.* — M. FOLET, professeur : Tous les jours exercices cliniques, leçons cliniques les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

*Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. CHARMEIL, professeur : Tous les jours exercices cliniques, leçons cliniques les mercredi, samedi, à 10 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

*Clinique ophtalmologique.* — M. F. DE LAPERSONNE, professeur-doyen : Tous les jours exercices cliniques, leçons cliniques les lundi à 9 heures et jeudi à 10 heures, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

*Hygiène.* — M. SURMONT, professeur : Etiologie et prophylaxie des maladies infectieuses (2<sup>e</sup> partie du cours : les exercices du corps ; le vêtement ; les soins corporels, jeudi et samedi à 3 heures, mardi à 2 heures, leçon pratique au laboratoire, à la Faculté (Amphithéâtre n° 2).

*Chimie médicale et Toxicologie.* — M. LESCOEUR, professeur : Chimie minérale ; métaux et métalloïdes ; application à l'analyse chimique, à la toxicologie, à la pharmacie et à la médecine, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 4).

*Pharmacie et Pharmacologie.* — M. DEROIDE, agrégé, chargé du cours : Pharmacie et pharmacologie ; Pharmacie galénique ; description des opérations de laboratoire ; études des formes pharmaceutiques, mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 3/4, à la Faculté (Amphithéâtre n° 4).

*Histoire naturelle des Parasites.* — M. TH. BARROIS, professeur : Anatomie et physiologie générales ; Protozoaires ; Calentérés, lundi et jeudi, à 9 heures 1/4. — M. VERDUN, agrégé, chargé du cours : Parasitologie, Parasites végétaux ; Protozoaires, mardi à 3 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 6).

#### COURS COMPLÉMENTAIRES

*Accouchements.* — M. OUI, agrégé, chargé du cours : Accouchement et délivrance pathologiques ; opérations obstétricales ; le nouveau-né, lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté (Amphithéâtre n° 3).

*Maladies des voies u*  
chargé du cours : Tous l  
cliniques, vendredi, à 10

*Clinique médicale d*  
chargé du cours : Tous l  
cliniques, lundi, à 10  
l'Hôpital Saint-Sauveur

#### CONFÉRENCES

(Décret

*Conférences d'Anatom*  
et les vaisseaux des m  
samedi, à 2 heures, à la

*Conférences du Labor*  
agréé : Microscopie cl  
Laboratoire (Hôpital de

*Conférences de Path*  
agréé : Étude théoriqu  
des vaisseaux et des re  
Sémiologie de ces or  
Faculté (Amphithéâtre 1

*Conférences de Thero*  
Traitement des maladi  
à 5 heures, à la Faculté

CC

*Conférences de Phys*  
macie). — M. DEMEURE,  
tricité, lundi, mercredi  
(Amphithéâtre n° 5).

*Conférences d'Anaton*  
tomie : Ostéologie et art  
à 2 heures, à la Faculté

#### TRAVAUX PRAT

*Dissections.* — M. N  
miques : Exercices pr  
heures, à la Faculté.

*Travaux du Laborat*  
agréé, chef du labora  
jours, de 8 h 1/2 à 11 h

*Manipulations phari*  
chef des travaux : Exer  
de 2 heures à 5 heures

*Travaux pratiques d*  
chef des travaux : Exer  
à 5 heures, vendredi c  
11 heures, à la Faculté.

*Exercices pratiques*  
des travaux : Exercic  
2 heures à 4 heures, à

ie minérale. — M. Louis, vendredi, de 2 heures à 4 h. ; i, vendredi, de 2 heures à

nie pathologique. — M. Ra- l mercredi, de 2 heures à

# ANNEXE

r les élèves sages-femmes — tomie, physiologie et patho- année); théorie et pratique année), mardi, jeudi, samedi, harité.

doniez.  
DART, DEROIDE, AUSSET, OUI,  
, VERDUN.  
UT et PHOGAS.  
PAINBLAN, LAMBRET, DESOIL,

## TATIONS GRATUITES AUX RITÉ ET St SAUVEUR

ies externes, Maladies des dies des femmes enceintes et s yeux, Maladies cutanées et es urinaires, Electrothérapie, ués par l'affiche spéciale.

## le Médecine profession- ogie médicale en 1900,

ellier), chargé de présenter à a *Déontologie médicale*, serait ufrères, des Syndicats et des de l'étranger, leur avis, con- ant l'aider à rédiger le rapport : délibérations du Congrès. uments devront parvenir à -Rou-sseau, Montpellier.

## OLOGIE

rendre à nos lecteurs la mort rurgien de l'hôpital Saint- ELAFARGUE, de Callac (Côtes- reich (Haute Garonne); CHA-

FARRHES. — L'Émulsion e préparation créosotée. Elle expectoration.

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille 35<sup>e</sup> SEMAINE, DU 27 AOUT AU 2 SEPTEMBRE 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		13	11
3 mois à un an . . . . .		16	15
1 an à 2 ans . . . . .		1	3
2 à 5 ans . . . . .		2	2
5 à 10 ans . . . . .		»	1
10 à 20 ans. . . . .		1	3
20 à 40 ans. . . . .		7	3
40 à 60 ans. . . . .		0	3
60 à 80 ans. . . . .		7	6
80 ans et au-dessus . . . . .		3	2
Total . . . . .		59	52

NAISSANCES par Quartier		4	20	15	42	41	16	12	8	16	9	135
TOTAL des DÉCÈS		3	13	15	19	7	13	9	6	17	4	111
Autres causes de décès		1	6	1	2	1	2	4	2	1	1	24
Homicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
Accident		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Autres tuberculoses		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse		»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Phtisie pulmonaire		»	2	5	1	4	2	»	»	1	»	15
Diarrhée et étielle	plus de 5 ans	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
	de 2 à 5 ans	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
	moins de 2 ans	1	3	6	14	2	5	3	1	11	1	40
Maladies organiques du cœur		»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	3
Bronchite et pneumonie		1	1	1	»	»	2	»	»	3	»	8
Apoplexie cérébrale		»	»	2	1	»	1	»	»	»	»	5
Autres		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Croup et diphtérie		»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	3
Fièvre typhoïde		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole		»	2	»	»	»	»	»	4	»	»	3
Varicelle		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Répartition des décès par quartier	
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	
Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes, 11,384 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,808 hab.	
Total.	



uleurs névralgiques, vasospasme, rougeur (Kaplan) (1), qui ont ordinaires de ces

ier cas, il s'agit d'un te, le 13 février 1899, uible considérable de distingue à peine les en ophtalmoscopique droite, dont l'acuité gauche nous constae optique avec stase : grisâtre, vaisseaux , volumineux et tor : il existe un large r la périphérie que le s doigts.

stase papillaire uni-rouble de la vue s'est quelques heures, il y précédé de douleurs ns tout le côté gauche interrogatoire, nous s quelque temps, cet aignements de nez, qui est le siège d'un r examen rhinosco-onnaître des masses dressons le malade à i, chargé du cours de econnaît que le méat oli de fongosités saincipalement dans le laire et le sinus fron-gosités sont curettées rprises, donnant lieu émorrhagie. Le méat n constate nettement ement muco-purulent sinus sphénoïdal du plus reculée du méat microscopique a fait gueuses, enlevées par par du sarcome à nc d'un sarcome du se envahissait déjà la asales. En dehors des pas attiré l'attention out d'un coup mani-évrite avec stase de s. Mais, d'après l'his-est facile d'admettre e-même qui a été le omme dans beaucoup évolution du sarcome ion sinusienne, dont sérieux que l'orifice x le méat moyen s'est

trouvé oblitéré par les masses fongueuses du sarcome. Et c'est cette infection sinusienne qui a été le point de départ de la névrite infectieuse, se traduisant par la stase papillaire et la perte très rapide de la vision de ce côté.

M. GAUDIER a fait un curettage aussi complet que possible du sinus sphénoïdal, en détruisant la paroi antérieure. A la suite de cette intervention il parait y avoir eu plusieurs semaines d'accalmie pendant lesquelles les hémorrhagies ont cessé, mais de nouveau le sarcome s'est reproduit.

Quant à l'état de l'œil, il ne s'est pas amélioré : Comme toujours dans ces cas, l'œdème de la papille et le volume des vaisseaux ont diminué petit à petit, mais la vision est entièrement abolie et la lésion marche lentement vers l'atrophie. Fait très important à noter, pendant tout le temps qu'il nous a été permis de suivre le malade, l'œil droit n'a présenté aucune lésion du côté de son nerf optique et la vision est restée parfaite.

OBSERVATION II. — Le nommé H. E., 51 ans, se présente, le 3 mai 1899, avec un œdème papillaire du côté gauche, des mieux caractérisés, sans lésion aucune du côté droit. La vision du côté gauche n'est cependant pas très mauvaise puisque  $V = \frac{1}{2} + 1.25 D$ , tandis qu'à droite  $V = \frac{2}{3}$ . Mais le malade se plaint de quelques douleurs de tête du même côté et surtout il ne voit rien en dehors.

En effet, nous constatons un rétrécissement très marqué du champ visuel en bas et en dehors. Dans tout le quart inféro-externe, le champ visuel ne s'étend pas à plus de  $10^\circ$ . Cet homme est bien portant et ne présente aucune manifestation syphilitique ou tuberculeuse, aucun symptôme de tumeur cérébrale, rien dans les urines. Il attribue son affection à une attaque d'influenza qu'il a eue, il y a trois mois, et qui pourtant avait été très légère. Cependant il lui est resté un enclenchement plus accusé à gauche qu'à droite et il mouche une assez grande quantité de mucosités purulentes.

L'examen rhinoscopique, pratiqué par M. GAUDIER, donne les résultats suivants : Narine gauche plus large que la droite. Cornet moyen plus volumineux. Pus concret à la partie postérieure du méat moyen, très nettement en rapport avec l'ouverture du sinus sphénoïdal et le système des cellules ethmoïdales postérieures, ce qui se distingue facilement par la rhinoscopie postérieure. La narine droite ne contient pas de pus. Rien du côté du sinus maxillaire et du sinus frontal.

Il s'agissait encore dans ce cas d'une rhinite infectieuse localisée à la partie postérieure et à laquelle avait pris part le sinus sphénoïdal, soit primitivement, soit secondairement. L'ouverture du sinus d'après la méthode de ZUNKERKANDL a donné lieu à un abondant écoulement de pus et le traitement méthodique dirigé de ce côté a permis de tarir assez vite cette suppuration.

Malheureusement nous n'avons pas eu d'aussi bons résultats du côté du nerf optique. Malgré les révulsifs, les injections de pilocarpine, l'iodure et le mercure

qui ont été essayés, la névrite avec stase a continué sa marche : Le rétrécissement du champ visuel ne s'est guère modifié ; mais dans la partie voyante l'acuité visuelle a progressivement baissé, pendant que nous assistions, impuissants, à la décoloration et à l'atrophie papillaire.

**OBSERVATION III.** — Enfin, dans le dernier cas, il s'agit encore d'une névrite optique avec stase unilatérale du côté gauche, chez un homme de 53 ans. La vision est complètement abolie du côté atteint et normale du côté opposé. L'examen minutieux des antécédents et de l'état général de ce malade ne nous font découvrir aucune cause pouvant expliquer cette névrite. Par l'examen des fosses nasales, M. GAUDIER constate une rhinopharyngite postérieure purulente. À gauche la queue du cornet inférieur est volumineuse et est résequée au moyen de l'anse froide. Mais dans ce cas il n'y a pas d'hypertrophie du cornet moyen et on ne constate pas de pus dans le méat moyen, au pourtour de l'orifice du sinus sphénoïdal. Bien que nous ayons pu constater une rhinopharyngite purulente, ce cas semble au premier abord moins caractéristique, puisqu'il ne nous a pas été donné de constater nettement la sortie du pus de l'orifice du sinus sphénoïdal. Il n'en est pas moins très intéressant à signaler.

Je rapprocherais volontiers ces trois observations de celle du confrère, citée dans ma communication à la Société française d'ophtalmologie, qui avait été atteint de névrorétinite septique, à la suite d'une sinusite maxillaire. D'après l'histoire clinique de ce dernier malade, que je n'avais pu observer au début des accidents, je suis resté convaincu qu'il avait présenté une polysinusite avec propagation de l'infection du sinus sphénoïdal et de là au nerf optique.

Pour expliquer les formations de ces névrites, il n'est pas nécessaire d'insister sur les rapports intimes qui unissent le sinus avec le canal optique et avec la première partie du trajet du nerf dans l'orbite. Après BERGER, HOLMES (1) a bien montré que la paroi externe du sinus sphénoïdal était en rapport en arrière avec le sinus caverneux, en avant avec le canal optique et avec la gouttière qui continue ce canal du côté de l'orbite. Plus en avant encore le nerf optique n'est pas très éloigné des cellules ethmoïdales postérieures qui communiquent quelquefois avec le sinus sphénoïdal.

Sur 50 cas examinés, HOLMES n'a trouvé que deux fois une lacune entre le sinus et l'orbite, la muqueuse se trouvant directement en rapport avec la gaine du nerf optique ; mais dans le plus grand nombre de cas, la lame osseuse était extrêmement mince, papyracée, surtout chez les sujets âgés.

On a cherché à expliquer la formation par des anastomoses douteuses. Est-il bien nécessaire de faire ces anastomoses et le propos se fait de proche en proche.

J'en arrive à la question optique que l'on observe d'ordinaire.

Dans son beau travail sphénoïdal, M. BERGER ad optiques de croissance, do particulier, ce qu'il app nerf optique, ou maladie c développement irrégulier pression lente du nerf opt un processus analogue, i entraînerait ces troubles c fections du sinus. Il y au aiguë rétrobulbaire, canal effets à la névrite rétrobu névrite se manifeste par u un rétrécissement conce Quant à l'examen ophtalm du moins au début, à pein de la papille, diminution calibre des veines, en tou papille. Beaucoup plus t papillaire.

Sans vouloir nier la possibilité d'un processus inflammatoire bulbaire, canaliculaire, dans le sphénoïdal, il nous semble cependant évident que nous avons affaire à une lésion inflammatoire coupée mieux avec ce que nous voyons dans les méningites infectieuses.

Il ne fait plus de doute que le papillaire soit dû à une irritation des gaines du nerf optique par le liquide sous-arachnoïdien (Schmidt et Manz). Si la cause n'est pas dans l'encéphale, toute chance pour que la lésion soit dans l'encéphale, unilatérale, comme dans l'infarctus, l'infection a atteint le chiasma ou dans l'intérieur

Nombreux sont les cas orbitaires dans lesquels on constate une stase unilatérale; or, il est bien connu que les sinusites sphénoïdales se

(1) HOLMES, Arch. of ophthalmology, XXV, n° 4.

pharyngiles supérieurs et très rebelles, propager au sinus infection nouvelle, un simple coryza peut être annoncée et son élève KAPLAN signes manquent et le médecin n'y ois peuvent apparaître du côté du nerf

disant qu'en prénilatérale, il faut is sphénoidal, des de la partie supérieures nasales. Bien région fera reconon du nerf optique. u pharynx et du our éclairer l'étiologie, qui sont encore

de ZUCKERKANDL i sinusienne ; elle faible action sur atissent finalement

### essentielle

ère

écine

Université de Lille

L'épilepsie essentielle œuvre absolument ui, en eux-mêmes, . Cette formule est m s'exposerait en de nombreux méss'en prendre à

à spécifier les contraitement et qui journalière de six non maître le prervations recueillies

à Lille même, soit dans mon service de consultations gratuites, soit dans mon cabinet.

Je diviserai cette étude en deux parties et je passerai successivement en revue le traitement des accès épileptiques et celui de la période intercalaire.

Il est bien entendu que je ne considère ici que l'épilepsie pure, essentielle et non symptomatique.

### I. — Traitement des accès

Peut-on immédiatement, à l'approche de la crise, l'empêcher de se produire ou la modifier dans son évolution ?

Dans l'immense majorité des cas, la crise débute avec une brusquerie telle, que toute intervention est absolument inutile, absolument inefficace. Il n'en est pas de même lorsque les malades ressentent certaines malaises, certaines sensations qui leur annoncent l'approche de l'accès. Chez eux l'injection hypodermique de morphine, d'éther ou bien d'apomorphine, l'inhalation de chloroforme, d'éther, de bromure d'éthyle ou de nitrite d'amyle peuvent enrayer la crise, la rendre moins violente.

Certains auteurs partisans de cette théorie qui veut que l'épilepsie soit l'unique résultante d'une congestion due à la vaso-dilatation des capillaires cérébraux ont tenté, mais sans succès du reste, de contrecarrer ce flux encéphalique en faisant un appel de sang vers la périphérie à l'aide de la ventouse de JUNON, des sinapismes, des ventouses sèches ou seulement en liant les membres à leur racine. D'autres, suivant le conseil de PRICHARD, ont préconisé la compression des carotides. Cette dernière pratique est parfois suivie de succès et parfois j'ai pu enrayer un accès ou souvent l'atténuer fortement en y ayant recours.

Dans le même ordre d'idée j'ai vu des épileptiques qui, prenant un bain de pieds fort chaud et très sinapisé au moment où ils ressentaient les premiers avant-coureurs de leur crise, parvenaient à l'atténuer ou même à l'éviter.

Certains épileptiques savent qu'ils vont être frappés parce qu'ils sont obsédés par telle ou telle idée fixe dont ils ne sauraient distraire leur attention. Leur entourage, qui le comprend fort bien, fait alors tout et le reste pour chasser de leur front ce nuage qui l'assombrit et, ma foi ! s'il y réussit, la crise peut être détournée. On se trouve bien en ce cas de flageller le malade à l'aide de serviettes trempées dans l'eau glacée, de lui faire ingérer un liquide glacé ou même

de lui recouvrir la tête de compresses mouillées et fréquemment renouvelées.

Il existe enfin des cas, fort peu nombreux du reste, où une excitation violente portant sur la périphérie ou les centres, peut enrayer l'accès. J'ai vu certains épileptiques chez lesquels une impression lumineuse très vive, un bruit assourdissant, une saveur très amère, l'ingestion d'un liquide très fortement alcoolique, semblaient entraver l'éclosion de l'accès.

Quant aux excitations périphériques, elles sont ici bien moins souvent efficaces que dans l'épilepsie symptomatique et les observations des auteurs sont, en bien des cas, extrêmement douteuses au point de vue du diagnostic. Il n'en est pas moins vrai qu'en certains cas ces manœuvres ont indubitablement leurs avantages. Je fus accosté brusquement, vers onze heures du soir, à la sortie du théâtre, par un homme que je ne reconnus qu'après coup pour avoir fait un séjour dans le service de mon maître le professeur PITRES : « Serrez-moi le poignet, s'écria-t-il ! serrez-moi fort ! je vais avoir ma crise. » J'obéis machinalement, je serrai violemment le poignet de mon interlocuteur et j'empêchai la crise de se produire. Eh bien ! cet homme était un épileptique pur, avéré, et néanmoins chez lui la constriction énergique du poignet faisait avorter absolument la crise. Un jeune homme de Roubaix, que je traite et qui est atteint de mal comitial pur, voit parfois aussi sa crise jugulée lorsqu'on lui serre énergiquement les mains. Un autre se mordait énergiquement le doigt auriculaire droit ou gauche et arrêtait fort souvent la marche de l'accès. D'autres s'asseyaient sur leurs mains ou sur la jambe du côté opposé lorsqu'ils sentent venir l'accès.

HUGKLINGS JACKSON rapporte l'observation d'un épileptique chez qui on empêchait la crise de se produire en exerçant une traction brusque et intense sur le bras.

La compression brutale d'un tronc nerveux exerce bien souvent la même influence bienfaisante. A ce sujet j'ai souvent remarqué qu'au début d'un accès une compression faite avec un corps dur (rebord d'un stéthoscope) sur le nerf cubital dans la gouttière, empêchait la crise d'évoluer. J'en dirais autant pour la compression des phréniques.

J'en passe, car la liste de ces petits moyens est vraiment interminable. Empiriques, ils ne sont ordinairement découverts que par hasard et c'est le

plus souvent le malade qui nous l'indique lui-même.

Mais nos efforts restent vains, la crise suit son cours.

Il faut alors étendre le sujet sur le dos de tout son long, la tête légèrement inclinée en arrière et non relevée comme on a si souvent l'habitude de le faire. Il faut délayer les vêtements, desserrer col et cravate, ouvrir largement les fenêtres de l'appartement dans lequel on se trouve, faire élargir autant que possible le cercle des curieux qui ne manquent jamais de s'ameuter autour du malheureux épileptique frappé sur toute voie publique.

Il faut autant que possible écarter les mâchoires et introduire entre elles un bouchon, un bout de bois, ce que l'on a sous la main : ceci pour prévenir la morsure de la langue.

La tête doit être légèrement tournée à droite ou à gauche pour favoriser l'écoulement de la salive et de l'écume de la bouche.

Si la respiration est difficile il convient de pratiquer des tractions rythmées de la langue ou la respiration artificielle ; il convient également de soutenir et d'élever l'os hyoïde.

A ce moment toute tentative thérapeutique est inutile. Tous les moyens préconisés échouent misérablement. Il ne faut pas fatiguer le malade par des manœuvres platoniques. Il est nécessaire seulement de veiller à ce que le patient ne se contusionne pas dans ses mouvements convulsifs qui, du reste, sont ordinairement peu violents.

Une fois la période stertoreuse arrivée, il faut soigneusement respecter le sommeil du malade, le laisser se réveiller tout seul sans intervenir en aucune façon.

En tout ceci, on le voit donc, pas de médicaments ! L'action doit se borner à surveiller l'évolution de la crise de façon que celle-ci cause le moins de dégâts chez le malade.

Mais l'accès, au lieu de tourner court, se répète, l'état de mal se confirme, qu'est-ce qu'il nous faut faire ?

• Ici encore tout n'est que chaos.

Le patient devra être placé dans une chambre obscure : le plus grand silence ne doit y cesser de régner. On se gardera soigneusement de le tourmenter de manœuvres inutiles, voire même dangereuses. Du calme, rien que du calme et le plus de calme possible. Je rejette absolument à ce compte



faire boire ou  
onner un grand  
e :

20 gr.  
20 gr.  
40 gr.  
210 gr.

donné en deux  
s de même du  
pratiquer deux  
épileptiques en état

nté d'un épilep-  
loyais la chloro-  
la reine ». Nous  
M. le Professeur  
romure d'hyos-  
sulfate d'atro-  
sit assez bien, ce  
et ils produisent

par CRICHTON-  
gé par WILDER-  
mais donne les  
ie du sulfate de  
e des succès.  
i, ici, semblent  
nts. Le meilleur  
'introduire une  
e par l'une des  
, à l'aide d'une  
tassium associé

10 grammes  
8 »  
200 »

obtenu de bons  
une façon dans  
our de la potion :

10 grammes  
10 »  
20 »  
120 »

temps d'user de

ces moyens, le sujet asphyxie : c'est à la respiration artificielle, aux tractions rythmées de la langue, à la faradisation des muscles thoraciques que l'on aura recours. Si l'état de mal se prolonge, le devoir du praticien est alors de soutenir les forces du malade en lui introduisant dans l'estomac du lait et de la somatose destinés à soutenir ses forces.

Telles sont les indications précises que le médecin a à remplir en présence d'un épileptique en crise. Il nous reste, et ce n'est pas la moindre part, à voir ce qu'il aura à faire dans la période intercalaire pour empêcher le retour des accès.

### De la dilatation digitale extemporanée du col de l'utérus

par le Docteur J. Vanverts

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris

Pour faire pénétrer dans la cavité utérine le doigt explorateur ou la curette, il est presque toujours nécessaire de dilater préalablement le col de l'utérus. En dehors des cas de rétention placentaire récents, celui-ci est, en effet, trop étroit pour les laisser passer.

La dilatation lente et progressive, faite à l'aide de tiges de laminaire de dimensions croissantes et prolongée pendant 2, 3 et 4 jours, constitue certainement le meilleur procédé, pour diverses raisons que nous n'avons pas à développer ici.

Toutefois, la dilatation extemporanée a ses partisans et elle devient seule possible dans les cas où l'on ne peut immobiliser la malade au lit pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'opération et dans ceux où il faut agir vite. On l'exécute généralement à l'aide de divers dilateurs métalliques à deux et, mieux, à trois branches, qu'on écarte progressivement l'une de l'autre ; on se sert aussi des bougies d'Hégar, dont on passe successivement des numéros de plus en plus considérables.

Cette dilatation instrumentale est excellente ; mais elle nécessite l'emploi d'appareils spéciaux, qu'on peut ne pas posséder ou avoir oubliés. C'est dans ce dernier cas que je me trouvai récemment en présence d'une malade atteinte, depuis deux mois, d'hémorrhagies consécutives à un avortement. Le médecin avait, à deux reprises et sans succès, fait un curettage sommaire, sans anesthésie, et avait trouvé dans les deux

cas le col utérin suffisamment large pour laisser passer facilement la curette. Sur l'assurance qu'il me donna qu'il en serait encore ainsi, je négligeai de lui demander de contrôler la persistance de l'état de dilatation du col et j'omis, au moment où je me rendis chez la malade, que je n'avais pas examinée antérieurement, de me munir d'un dilatateur ou de bougies.

Or, le col était absolument revenu sur lui-même, et, seul, l'orifice externe était légèrement dilaté. Ne pouvant me procurer sur le champ d'instrument dilatateur, je résolus de recourir à la dilatation digitale.

La malade étant anesthésiée, je saisis la lèvre antérieure du col avec une forte pince-érigne, que j'abaissai et maintins solidement avec la main gauche; puis, avec le petit doigt de la main droite, je tentai d'exécuter une manœuvre identique à celle qu'on fait avec les bougies d'Hégar: je fis pénétrer l'extrémité du doigt dans l'orifice cervical externe légèrement dilaté, et, à l'aide de mouvements violents de propulsion et de rotation, j'arrivai progressivement et non sans efforts à traverser le col et son orifice interne, et bientôt je pus constater l'existence d'un polype fibriqueux. L'index, remplaçant alors l'auriculaire, rendit la dilatation plus complète et permit d'introduire facilement la curette dans la cavité utérine.

Ce procédé de dilatation extemporanée du col utérin, qui me donna des résultats aussi satisfaisants dans des circonstances embarrassantes, nécessite l'existence d'un état de légère dilatation; mais il est rare qu'il n'en soit pas ainsi.

La dilatation digitale extemporanée du col de l'utérus constitue donc un moyen excellent, simple et qui peut rendre de notables services dans les cas que je signalais au début de cet article. A ces divers titres, il m'a paru utile d'attirer sur lui l'attention.

J'ai fait des recherches, peu nombreuses et par conséquent insuffisantes, pour savoir si ce procédé n'avait pas été conseillé avant moi; je ne l'ai trouvé mentionné nulle part. Je me garderai toutefois d'en réclamer la paternité, car il n'est guère admissible que quelque chirurgien, se trouvant dans les conditions que je signalais plus haut, n'ait pas eu l'idée d'y recourir.

## NICOLAS DE LA

ET

### MÉDECINE IL Y

par le docteur Potel, chef de

#### PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Pour pratiquer la Médecine, il faut d'abord connaître le mal, puis et incontinent après mettre l'homme bien avisé de ne pas

Pour maintenir sa réputation, la cure des maladies déplaît, et en perdre seulement l'homme bien avisé de ne pas échapper, de peur qu'il ne la mort à celui qui ne le

L'on s'aperçoit quelle par l'action offensée par l'espèce les excréments et par les acci-

La douleur pulsative envahit la voisine est travaillée, la membrane est piquetée, les vaisseaux sont tirés par violence, remplies outre mesure, celle-ci s'écoule à entendre que le

Ce qui sort du corps fait qu'il la partie offensée.

Si en toussant, on jette qu'on doute que la canne des poules urines on aperçoit quelque chose que les roignons sont et on voit des raclures de boyau sont ulcérées. L'on est assés quand la viande ou le chyle intestins sont blessés quand l'action fécale par l'ouverture, et qu'il l'urine coule dehors par l'incision.

Maladie est une indisposition immédiate l'action. La cause instrumentaire et commune l'action de la partie similaire, l'usage de la partie organique ensemble.

La cause antécédente de la maladie nommée Plethore, autrement dite. Plethore est une repletion également augmentées, ou bien la cause est une repletion de cholestase phlegme.

La grandeur de la maladie

La bile cause toujours de

mélancholie est la plus  
ui fait des plus longues  
che et espaisie, n'estant  
aussi est la pituite fort  
, la plus difficile à tirer

s longues. Mais les ma-  
uatorze jours ; et les fort

RNE.

est une reverie avec rage  
neur attrabilaire, engen-  
e la mélancholie ou du

de sang bouillant, il en  
s si le mal est cause de  
ir la veine, pour ce que

issopissante, avec fièvre  
idante d'une froide et  
causée de matière phleg-  
gie : du commencement,  
tu evacueras. destour-  
s tu corrigeras l'item-  
tu conforteras le chef.  
nerfs et de muscles vers  
avec sentiment de dou-  
des animaux, lorsque  
nerfs par trop bandez  
me les convulsions se  
nière de les penser est-  
de plénitude demande  
esse, humectation ; celle  
celle de froideur, des

out le corps, causée par  
pituiteuse ou melancho-  
coup les ventricules du  
ent du passage de l'esprit  
quand.

t destourner du cerveau  
et resveiller le sentiment  
lu mal. Et pendant la  
de préparer, puis d'éva-  
uer l'humeur peccante,  
i maligne et de corriger  
imide du cerveau, et

loulleur de teste procede  
continuité. La douleur

pesante provient d'abondance d'humeurs froides et pitui-  
teuses. La douleur mordicante, corrosive et perforative  
d'humeur ou vapeur bilieuse et acre, qui pique les mem-  
branes. La douleur tensive, d'abondance de ventositez ou  
d'humeurs plus douces insinuées entre le crâne et le peri-  
crane ou entre le crane et la dure mère qui séparent ces  
membranes de l'os. La douleur pulsative, de sang subtil et  
cholere ou d'esprit superflu, duquel les artères enflées et  
estendues poussent plus fort et heurtent contre les mem-  
branes.

Pour bien penser tous les maux de teste intérieurs, il faut  
premièrement oster la cause antécédente par saignée et pur-  
gation ; en après tirer hors la matière conjointe par la  
bouche et les narines, avec masticatoires, gargarismes,  
errhines ou sternutatoires, puis appliquer des topics par  
dehors pour refouler le reste de l'humeur peccante. Il faut  
des topics qui soient au commencement repercussifs, au  
declin digestifs et sur la fin confortatifs.

AFFECTIONS RESPIRATOIRES. — *Catarrhe* est une defluxion  
d'humeur superfluë qui tombe du chef sur les parties d'en  
bas. Le catarrhe est froid ou chaud. Le froid est souvent  
causé d'une grosse et espaisie pituite et le chaud d'une  
pituite salée ou d'autre humeur acre. En la cure du catarrhe,  
l'on se doit proposer trois buts. le premier est de tarir la  
source, le second d'épuiser la fontaine ; le troisième d'arrêter  
le cours impétueux de ses ruisseaux. Pour cela, quand la  
nature est bien préparée il la faut évacuer, divertir, des-  
tourner et résoudre.

*Asthme* est une fréquente respiration, sans fièvre, telle  
qu'ont ceux qui sont las pour avoir couru vite. Le vray  
asthme s'engendre d'une grande abondance d'humeur  
grasse et visqueuse amassée de longue main dans les  
cavités du poulmon. Pour bien penser l'asthme, il faut  
ordonner une manière de vivre attentive et dessicative.  
purger souvent les superfluites du cerveau, bailler force  
clystères après, user d'errhines et de sternutatoires, appli-  
quer des ventouses au-dessus des reins, et si la nécessité le  
requiert des cantharides derrière la teste et des cauterés à la  
suture coronale, faire tous les jours des frictions sur la teste.  
avec des sachets dessicatifs, résolutifs et corroboratifs et au  
partir de là des parfums : Et pour despeter les poulmons  
procurer l'expectoration de la matière espesse et gluante  
dont ils sont remplis avec syrops, juleps apozemes, lochs.  
condits, electuaires et autres pareils remedes attenuatifs.  
detersifs, mondificatifs. remolitifs, lenitifs, bechics, résolu-  
tifs et confortatifs.

La *peripneumonie*, un brasier consumant

Va dans ses trous venteux, inhumaine, allumant.

La *peripneumonie* primitive se fait d'un sang subtil et  
bilieux chassé avec violence du ventricule dextre du cœur  
par la veine artérielle dans les poulmons où il vient se  
pourrir. L'autre succède à la squinance et à la pleurésie.

**MALADIES DU FOYE.** — *Hydropisie* est une enflure de tout le corps ou du ventre, procédante d'humeur ou de flatuosité. Toute hydropisie est engendrée d'un grand refroidissement de foye, soit qu'il ait premièrement commencé par là ou qu'il soit survenu par la communication du vice des autres parties. Car elle arrive lorsque le foye est tellement refroidy, qu'au lieu de sang il fait de l'eau, de sorte qu'il est frusté de la sanguification. Ce qui luy advient de soy-mesme ou par compassion de la rate, de la vessie, du fiel de l'estomach, des intestins, des reins, des poulmons ou d'autres parties prochaines. Car souvent le foye vexé de quelque intempérature, obstruction, inflammation, skirrhe ou autre vice, est tellement refroidy, que la sanguification estant dépravée, s'en ensuit l'hydropisie.

*Ictère* est un débordement de la bile par tout le corps. Il y a trois sortes d'ictère, nous en appelons l'une proprement jaunisse, laquelle est causée de bile jaune, par le vice du foye ou de la bourse du fiel, l'autre est noirâtre, engendrée de bile noire, pour l'indisposition de la rate, la dernière tire sur le verd, provenant du meslange de l'une et de l'autre humeur, laquelle est ordinaire aux filles qui ont palle couleur.

**AFFECTIONS INTESTINALES.** — Des *flux de ventre*. — Lientérie, Coëliaque, Diarrhée et Dysenterie sont flux de ventre immodérés autant différents de nature et de causes, que de noms.

Lientérie est un flux de ventre où les choses qu'on a beu et mangé sortent incontinent par bas, toutes telles qu'elles ont été avallées. Dans la Coëliaque les excréments ne sortent pas tous crus incontinent après qu'on a prins la viande, ains coulent dehors à demy cuicts unis et esgaux, presque en forme de chyle ou de cresse.

Diarrhée denote le cas où les humeurs pures ou mélangées s'écoulent sans grand sentiment de douleur. Car quelquefois la pituite à part, où la bile jaune ou noire pure. Dysenterie est un flux de ventre sanguinolent provenant d'ulcération des intestins avec douleur et trenchée.

*Colique*. — Il y a deux sortes de colique, l'une venteuse, l'autre humorale. La colique venteuse est vagabonde et tournoie en divers endroits. Le vent qui l'engendre estend violemment l'Intestin et l'oït on le plus du temps bruire et murmurer dans le ventre. L'autre est causée d'humeur phlegmatique grosse et visqueuse, aucune fois d'humeur acre et mordicante, et vraiment cholérique qui induit aussi quelquefois inflammation.

**AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES.** — Du *calcul*. — La cause matérielle du calcul est une humeur grosse et visqueuse, qui court avec le sang et la sérosité aux reins, procédant le plus souvent de cruditez. La cause efficiente est la chaleur excessive des reins, qui bruslant, desséchant et endureissant cette humeur, la transforme en une pierre.

Le calcul de la vessie l'empêche le commencement des reins. C'est un calcul engendré en la vessie par les veines avec l'urine et se fait au fond, ainsi que la lie, à mesure que le lieu se tourne petit à petit.

Le calcul de la vessie empêche le commencement des reins, à raison que le calcul du chemin ne parvienne pas aux reins entières.

La *dysurie* arrive volontiers tant que les forces sont débiles, et pendant ce temps opprime de pierre superfluitez grosses et dures et calleuses.

**GONORRHÉE.** — *Gonor* fait petit à petit, contre l'usage sans songes charnels, sans point de délectation.

Quand en songeant à l'usage hors abondamment, non sans grande delectation, cela se fait nocturne.

L'on appelle *gonorrhée* quand il sort insensiblement, aussi bien en veillant qu'en dormant, jaunâtre ou verdoyante, qui pourrit, acquiert une odeur escorche le conduit de l'urine, ardeur et douleur poignante.

Elle prend la naissance quand il n'en esleve que des spermaticques, lesquelles, par l'acte vénérien, en sont la matière de la semence, qu'elle s'eschauffe, se poisse et se fait une sanie virulente qui se fait.

La chaude pisse négligée est la cause de la contagion, et se fait en parties nobles car les veines artères et nerfs se peussent par une telle contagion les parties nobles après toutes les autres.

VA

Les re

Les remèdes bizarres se font encore appliquer les calculs par des pigeons éventrés vivants.

urine dans l'ophtalmie, etc.  
partageaient les préjugés  
rité à l'emploi de ces sur-

onne à ce sujet les intéres-

AUT, docteurs-médecins du  
leur maison rustique, un  
rés de ce que l'on trouve  
ci quelques-uns :

boire tous les jours une  
nger immédiatement après  
« (pour faire suppurer un),  
e brobis détrempée dans le  
ire revenir les) : 1° passer  
laquelle on aurait enchassé  
; 2° pincer le gros doigt du  
vres avec du sang humain.  
o lièvre desséché ou de la  
*ntinue*, mettre sur le cœur  
une grenouille. — *Fièvre*  
fusion d'eau de carotte. —  
fressure et le poumon d'un  
geon ouvert. — *Fausse*-  
prendre une poudre compo-  
ceus mêlé dans un jaune  
une bague de diamant. —  
vers de terre dans du vin  
— *Mort de dents*, piler une  
l'appliquer sur la dent, le  
*te par ivresse*, manger des  
une décoction d'angélique,  
n de sel, de vieilles noix et  
n de la peste un petit pain  
d'une plante appelée cress-  
e Villeneuve-la-Guyard, à  
*te*, faire distiller dans les  
iel. — *Sterilité*, prendre  
l. — *Vents* (enflure par),  
sel grillé mis entre deux  
de fleurs de pêcher avec la

même à notre époque nous  
employer, dans l'espoir de  
gnantes; tout le monde sait  
vire fait naguère par les  
itement des vieilles dou-  
le *Temps* du 31 juillet, le  
tre jusqu'à quel point peu-  
n :

la Gironde qu'un nommé  
et un ans, cultivateur à

Jard, canton de Talmont, marié et père de famille, se rendit  
lundi à Pouzauges, où, dans la nuit du lendemain à minuit, il  
s'empara d'une pelle, d'un marteau et d'un ciseau qu'il trouva  
dans un chantier de maçons et se rendit au cimetière. Là, il  
creusa une fosse recouverte depuis huit jours, découvrit un  
cercueil, l'enfonça à coups de marteau et se trouva en présence  
d'un corps de femme. S'armant d'un couteau de charcutier,  
mesurant 40 centimètres de longueur, il trancha une partie du  
sein gauche du cadavre qu'il renferma dans une boîte à con-  
serves et la plaça sous sa chemise. Après quoi il recouvrit  
soigneusement le cadavre et combla la fosse. Les coups frappés  
sur la bière avaient épouvanté les voisins du cimetière qui  
avertirent le fossoyeur. Celui-ci alla prévenir aussitôt la  
gendarmerie qui se rendit au cimetière où une chasse à  
l'homme eut lieu. BROCHARD, se voyant pris, leva vers les gen-  
darmes un énorme bâton qu'il portait, mais, saisi bientôt, il  
ne fit aucune résistance, il déclara que depuis quelque temps  
il souffrait d'un abcès dans la tête, et qu'il avait consulté  
bien des docteurs sans obtenir de soulagement. C'est alors  
qu'il s'était adressé à des sorciers, qui lui avaient conseillé de  
la « quinine de mort », et dit que pour s'en procurer il lui  
fallait de la chair humaine; c'est pourquoi il était venu dans  
le but de prendre la tête, le cœur et un doigt d'un homme mort,  
mais qu'ayant trouvé une femme il s'était contenté de prendre  
un sein. S'il était venu à Pouzauges plutôt qu'ailleurs, c'est  
qu'il savait que son ancien maître habitant Pouzauges était  
mort et que c'était une partie de son cadavre qu'il voulait se  
procurer. BROCHARD a été mis à la disposition du procureur de  
la République de Fontenay-le-Comte. »

*Le Progrès Médical.*

J. N.

### Le vin vieux et les malades des hôpitaux de Brême

Du vin vieux de deux siècles et demi, voilà une boisson qui  
n'a rien d'ordinaire! C'est dans les caves, fermées à triple  
tour, de l'Hôtel-de-Ville de Brême, que se trouve ce vin, dont  
l'arome et le bouquet, malgré le grand âge, sont encore,  
dit-on, d'une finesse exquise. Il remonte à l'année 1653, une  
des meilleures pour le cru de Rudesheim, dont il provient.  
Seuls, les *malades gravement atteints, de l'hospice muni-*  
*cipal de Brême*, ont le droit d'en boire la valeur d'un ou deux  
petits verres.

Personne d'autre n'y a jamais goûté, sauf l'empereur  
Guillaume 1<sup>er</sup>, Frédéric III et le prince de Bismarck. La clé de  
la cave est confiée aux soins du syndic, qui ne doit s'en servir  
qu'en présence de l'économe de l'Hospice. On estime qu'il reste  
dans le vaste tonneau trois ou quatre cents litres de Rudesheim,  
dont le prix, s'il était jamais à vendre, représenterait une  
fortune.

(Gazette médicale de Paris.)

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

## Médecine et somnambulisme.

Ce ne sont pas seulement les magnétiseurs (V. *l'Echo médical du Nord*, 1899, III, p. 441) ce sont aussi les somnambules qui, dans la concurrence qu'elles font aux médecins, tombent sous le coup des pénalités prononcées par la loi du 30 novembre 1892 contre l'exercice illégal de la médecine.

Témoin le jugement rendu, le 26 mai 1898, par le tribunal correctionnel de Jonzac, et dont le texte a été reproduit dans *l'Echo médical du Nord*, 1898, II, 406. Les circonstances étaient intéressantes. Depuis plus de dix ans une somnambule n'avait cessé de soigner les malades dans une localité de la Charente. Poursuivie enfin devant le tribunal, elle reconnaissait les faits, mais elle prétendait n'en pas être responsable. C'est que, disait-elle, si elle n'ignorait pas, quand elle était en état de veille, les actes auxquels elle se livrait pendant le sommeil, du moins n'avait-elle jamais donné de consultations à aucun malade sans être plongée dans le sommeil somnambulique qui anéantissait sa volonté; son sommeil pouvait donc être volontaire, il n'en était pas moins réel, ce qui enlevait aux actes accomplis pendant ce sommeil tout caractère délictueux. Et notre somnambule invoquait à l'appui de ses affirmations des appréciations émanées d'autorités médicales, notamment du docteur PITRES.

C'était soulever devant les juges correctionnels une question très délicate. Il est certain qu'un acte inconscient, accompli par un agent qui n'a pas eu, qui n'a pas pu avoir la volonté de l'accomplir, ne saurait donner naissance à une imputabilité. « Il n'y a ni crime, ni délit, dit l'art. 64 C. pén., lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». D'une façon plus générale, toute infraction suppose un élément moral; la volonté et la liberté d'agir. Il ne peut y avoir de responsabilité pénale qu'à la charge d'une personne capable d'avoir une volonté; de même que, d'autre part, la responsabilité pénale cesse dès que la volonté est supprimée par une cause quelconque.

Mais les actes accomplis par la somnambule, pendant le sommeil somnambulique, sont-ils des actes inconscients? Le sommeil somnambulique supprime-t-il, pendant qu'il dure, cette volonté qui est nécessaire pour entraîner la responsabilité? Nous laissons à nos doctes collègues de la Faculté de médecine le soin de répondre à cette question, en se plaçant sur le terrain de la psychologie médicale.

Restant sur le terrain du droit, nous indiquerons seulement qu'elle y est très discutée, aussi bien pour le sommeil somnambulique que pour le sommeil hypnotique. V. Garraud, *Traité de droit pénal*, 2<sup>e</sup> édition, II, n° 264, p. 500.

Dans l' de Jonzac damner q la médecine fussent-e L'exercice seulement nambuliq nambule, utilisait inconscients, se quels la lité.

Assez ( pour élay venue se dans telle était proc accompagn sous sa ( dait parte enfin, ell ajoute, m nis par le une ente s'était en s'y livrai

Ces act autres p envisagé ensemble l'exercice une part

En cor leurs n'e exercé ill à 200 fr.

On obs applicati qui, la p remonter jugé que munie de gal de la tôte an ordonnai approubat plaisanc malgré même de (Dalloz

ut pas exercice illégal de la e qui, en état de somnambu- at matériel des organes de la u'elle n'a fourni ces prescrip- in, lequel a seul prescrit les (Dallos, 58, II, 3). — Jugé de qui indique les traitements, si par un médecin qui en signe ilité personnelle, soit pour le s indications données par la eil magnétique, en les modi- 57 (Sirey, 57, II, 274).

l de la médecine par les som- ques lignes seulement, par le uvel ouvrage: *L'exercice de e*, p. 530.

## INFORMATIONS

### DE LILLE

colaire 1899-1900 des cours

grégé.

ique des maladies des voies égé.

— M. AUSSET, agrégé.

ants. — M. PHOCAS, agrégé

### LES DE PROVINCE

— Un concours s'ouvrira, le a Faculté de médecine de suppléant des chaires de gicale et de clinique obsté- e Poitiers.

- Un concours s'ouvrira, le aculté de médecine de Lyon, s chaires de pathologie, de nique obstétricale à l'Ecole

### OGIE

ndre à nos lecteurs la mort MAUD, agrégé à la Faculté, rdeaux ; Jules SIMON, méde- Paris, officier de la Légion

RRHES. — L'Emulsion préparation créosotée. Elle pectoration.

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

36<sup>e</sup> SEMAINE, DU 3 AU 9 SEPTEMBRE 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		9	8
3 mois à un an . . . . .		10	10
1 an à 2 ans . . . . .		3	2
2 à 5 ans . . . . .		1	0
5 à 10 ans . . . . .		1	1
10 à 20 ans . . . . .		1	1
20 à 40 ans . . . . .		6	7
40 à 60 ans . . . . .		6	6
60 à 80 ans . . . . .		9	7
80 ans et au-dessus . . . . .		1	2
Total . . . . .		47	44

NAISSANCES par quartier		5	17	28	28	11	10	10	7	25	23	148
TOTAL des DÉCÈS		6	14	12	17	4	13	7	7	9	2	91
Autres causes de décès		1	3	3	3	2	5	1	3	1	1	21
Homicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Suicide		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Accident		»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Autres tuberculoses		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Méningite tuberculeuse		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Phtisie pulmonaire		1	4	1	2	1	2	1	1	1	»	13
Durée d'entée	plus de 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	de 2 à 5 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	moins de 2 ans	»	4	6	10	»	2	5	1	6	1	35
Maladies organiques du cœur		2	»	1	1	»	»	1	1	1	»	7
Bronchite et pneumonie		»	1	»	»	»	3	»	»	»	»	4
Apoplexie cérébrale		2	1	»	»	1	1	1	»	»	»	6
Autres		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Couleur		»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	2
Group et diphtérie		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Fièvre typhoïde		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Scarlatine		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Rougeole		»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	2
Variole		»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 hab.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,762 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 14,212 hab.	Fives, 24,191 hab.	Cantelen, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total.
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

# L'ÉCHO MÉ

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche

ABONNEMENT

5 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. COMBENALE, Professeur de Clinique médicale

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants ; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédard, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphilitique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

MM. Deléarde, physiologie, Dubi, professeur de agrégé ; Kéri, tières ; De L, logique ; Loot, Valenciennes) médecine ; Mo, Oul, professeur Surmont, pro

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 1

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaq

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX. — SUR UN CAS d'hémorragies gastro-intestinales et scrotales chez un nouveau-né de un mois, par MM. les docteurs E. Ausset et Derode. — FAITS CLINIQUES. — Sarcome de la loge amygdalienne simulant un phlegmon de la région. — Tuberculose aiguë de l'oreille moyenne, par le docteur Gaudier. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Sur un cas d'hémorragies gastro-intestinales et scrotales chez un nouveau-né de un mois

Par le Dr E. Ausset, agrégé,

chargé de la Clinique des maladies des Enfants à l'Université de Lille,

Et le Dr Derode (de Lille).

(Communication au 5<sup>e</sup> Congrès français de Médecine).

Le jeune X.... est né à Lille, le 22 juin 1899. Il est le neuvième enfant de la famille ; mais les huit autres enfants qui ont précédé, nés les uns à terme, les autres avant terme, sont morts presque aussitôt leur naissance, celui qui a vécu le plus longtemps est mort à l'âge de 21 jours. C'est donc notre bébé qui a vécu le plus longtemps, puisque, comme on le verra plus loin, il avait 33 jours lorsqu'il est mort.

Le père et la mère sont très vigoureux et nient énergiquement tout antécédent syphilitique ; leurs dires sont cependant suspects, d'abord à cause de ces huit enfants morts prématurément, dont il vient d'être parlé, en-

suite à cause faits.

Le 24 juillet était appelé po à la partie in médian. Là ex insignifiante, nappe, une gr externes possi cette hémorrh fit ; l'écouleme

Le 25 au mal temps que l'er dance, sang co nité des deux que le sang du l'hématémèse.

Dans la jou selles contena digéré ; à chaq il vomissait p lument teinté

C'est alors consultation.

Nous noton pouts filiform L'hémorrhagic dante. Devant narines sont p

Nous notons d'ichthyose gé d'autre indice tout particuliè cireuse de l'an lument parche



examen le plus  
à relever d'érup-  
tions, de pemphi-

'extrême gravité  
miner fatalement  
s du champagne  
ce à sucer, une  
anémie, des enve-  
absolue de toute

rite et après plu-  
l'enfant succom-  
6.

ter ce cas devant  
ne ce sont là des  
bien remarquer  
ns le cours de la  
un peu insolite.

s gastro-intesti-  
tôt la naissance,  
rs qui la suivent,  
ont été publiés,  
vers le huitième  
es. Quoi qu'il en  
stiques, que les  
rs précoces, se  
e de la vie. Or,  
ons observés le  
jours après la

le est l'habitude,  
chez notre petit  
ouche et par le  
après les tétées  
la conséquence  
its toute alimen-

de, le diagnostic  
sement éliminer  
examinée minu-  
ier la stomator-  
édé tout écoule-  
rmis de rejeter  
ments sanguins,  
nt, l'examen des  
aussi éliminer la  
e la tétée d'un

Ce qu'il y a de très-particulier chez notre petit malade c'est l'hémorragie incoercible qui est survenue au niveau d'une petite plaie insignifiante, tout à fait cutanée, au niveau du scrotum. Nous avons feuilleté la littérature médicale à ce sujet et si nous avons relevé un certain nombre de cas d'hémorragies gastro-intestinales, d'hémorragies ombilicales, broncho-pulmonaires, nous n'avons pas relevé un seul cas de perte de sang par le scrotum. Il est vraisemblable qu'il y a eu là une érosion épidermique banale, semblable à celle qu'on voit chez les nourrissons qui font de l'érythème et de la desquamation ano-génitales par l'irritation des matières urino-fécales; ou bien avons-nous eu affaire à une papule ulcérée héredo-syphilitique. Cela nous ne saurions l'affirmer, n'ayant pu observer l'enfant avant son hémorragie.

Quoi qu'il en soit, nous signalons ce fait unique, qui nous semble très intéressant, d'une hémorragie incoercible par une excoriation si minime du scrotum.

Au reste les hémorragies gastro-intestinales chez les nouveau-nés sont choses assez rares. « HECKER n'a vu que huit hémorragies de l'intestin ou de l'estomac sur 4,000 nouveau-nés, ce qui donne 1/500<sup>e</sup> comme proportion; LORENZ KLING n'en a rencontré que 17 cas sur 12,000 à 13,000 accouchements, soit 1/700<sup>e</sup> » (RIBEMONT).

Nous n'avons pas l'intention de passer ici en revue toutes les causes capables d'amener ces hémorragies: ingestion de liquide amniotique irritant, de lait altéré, athrepsie précoce. Ces causes n'ont habituellement aucune valeur, et particulièrement chez notre malade, qui avait une hémorragie scrotale et où, par conséquent, l'ingestion de liquides irritants ne peut entrer en ligne de compte.

La respiration était tout à fait normale, les bruits du cœur également normaux, on ne pouvait donc songer non plus à des raptus hémorrhagiques consécutifs à des stases, à des congestions excessives, comme cela peut s'observer à la suite de l'asphyxie du fœtus et de certaines malformations cardiaques. Au reste dans ces cas les hémorragies ont lieu aussitôt la naissance.

Éliminons également l'idée d'une thrombose (combien exceptionnelle !!) de la veine ombilicale. Dans ces cas rarissimes, lorsque la respiration de l'enfant se fait mal, le sang stagne et un embolus peut partir de la veine ombilicale « pour aboutir en fin de compte dans une des branches du tronc cœliaque; dans cette hypothèse, l'embolus passerait nécessairement de l'artère pulmo-

naire dans l'aorte par le canal artériel resté perméable, sans quoi l'infarctus se produirait bien plus facilement dans le poumon que partout ailleurs. » (DEMELIN. *Traité des Maladies de l'enfance*).

Dirons-nous que notre enfant était un hémophile ? Outre que rien ne nous y autorise, car nous n'avons rien retrouvé de semblable dans ses antécédents, on commence à voir un peu plus clairement dans les faits si nombreux et si divers qu'on reliait à l'hémophilie : c'est là un de ces termes dont on avait et dont a encore l'habitude de se contenter quand on ne sait pas au juste comment expliquer la genèse de certains phénomènes. Tous les jours le domaine de l'hémophilie se restreint et les morceaux s'en éparpillent allant en revanche étendre le champ des diverses infections et intoxications. C'est ainsi que souvent la syphilis est en cause.

Et réellement, chez notre bébé, peut-on penser à autre chose ? nous ne le croyons pas. Les parents nient toute syphilis, c'est vrai ; mais ce n'est pas nous, médecins, qui nous arrêtons sérieusement à ces dénégations souvent si intéressées ; et dans notre cas particulier n'est-il pas permis d'affirmer à coup sûr qu'il y a de la syphilis chez les parents quand on voit huit enfants naître, la plupart prématurément, quelquefois à terme, mais en tous cas succomber tous au bout de quelques jours ? Le neuvième, notre sujet, a le corps couvert d'écailles ichthyosiques ; il a le teint sépia, l'aspect vieillot des syphilitiques héréditaires ; nous ne pouvons nous empêcher de dire que c'est un hérédo-syphilitique.

Et alors, comme tout s'explique facilement : ces hémorragies scrotales, ces hématomes, ces mélanas, se rattachent à une altération congénitale de tout le système vasculaire de notre malade ; on sait combien la syphilis s'attaque volontiers aux vaisseaux ; notre enfant avait certainement des artères atteintes d'endartérite et de périartérite et ce sont ces lésions qui, en produisant une friabilité toute particulière des vaisseaux, ont amené les hémorragies.

Nous ne voyons pas d'autre explication à fournir de ce fait intéressant et nous serions heureux si l'on pouvait nous en donner un autre plus plausible.

## FAITS

Par le  
professeur agrégé, chargé

### Sarcome de l'amygdale simulant un p

Si le sarcome de l'amygdale simule un p  
la loge amygdalienne  
Nous venons à la Clin  
médecine de Lille d'en  
sant par son diagnosti  
ultra-rapide.

OBSERVATION. — Le  
la Clinique, un malade  
de la banlieue avec l  
monnaie gauche. Dan  
confrère disait qu'il av  
que tout paraissait in  
bistouri.

Le malade qui se p  
agricole âgé de trente-c  
héréditaire, père et m  
dat. Il nie la syphilis  
enfants.

Il n'est nullement  
lement d'une forte g  
huit jours qu'il a comm  
vant il n'a eu à se pl  
pelle pas avoir eu d'ai  
été croissante depuis  
peu de douleurs ; en c  
que si ce n'était pas ur  
avec appétit. Il n'y a p  
la région ni au voisin  
dalienne gauche, l'on c  
d'une masse, du volun  
non douloureuse ; il n  
éprouve une certaine  
gauche. Si l'on veut c  
la bouche, il est aisé  
la bouche se fait assez

Il y a un peu de cor  
arrive pourtant avec  
voit en déprimant la l  
de l'isthme du gosier  
tumefaction du volun  
la luette sur la droite  
ment le passage. En a  
late : que cette tum  
du pilier antérieur s'e  
muqueuse est d'un ro  
tion qui faisait saillie  
en haut sur le voile  
soulève et semble pé  
paraît pas intéressée ;  
amande, normale d'a

réfaction, à la surface. Il est d'ailleurs inférieur va se perdre sa face antérieure se par noire confrère au

la masse est uniforme point rénitent ni douloureux, et si le rant difficilement, la uche le gêne un peu saie de delimitier les peut sentir qu'en bas re de la loge amygdast refoulé mais pas pharynx, car le doigt le paroi. En haut la emble que la masse latérale du pharynx. ilcération. L'épiglotte l'œdème de la glotte,

ui, presque brusque-us manque il est vrai , a fait des accidents on amygdalienn avec , menace de suppura-re, sans état général, x termes sont impor-au moment de notre

lus à une amygdalite rd. Mais un examen némoratifs, le palper, anormal, et, d'autre us étonnaient un peu. ervant d'un crochet ie couteau à disciser, ercher le bord interne entre lui et la tumé-le, mais à un moment vinmes en un point us vimes alors que le 'une masse élastique, lie dans la bouche, y tait coiffée en dedans er, notre crochet pé-lle et amena un écou-ment en rapport avec le pus, point. Il s'agis-re tumeur de la loge t à évolution absolu-

ment comparable à celle de l'amygdalite phlegmo-neuse, et il est certain que tout médecin, pratiquant l'examen de cette bouche, de prime-abord s'y serait laissé prendre.

Les constatations que nous venions de faire, et l'analyse de l'observation nous portèrent à admettre l'hypothèse d'une tumeur sarcomateuse. Il n'y a guère, en effet, que ces variétés de tumeurs conjonctives qui soient susceptibles d'un développement aussi rapide, qui restent encapsulées et qui, la plupart du temps, ne s'accompagnent pas, du moins au début, de généralisations ganglionnaires.

Quant à la variété de sarcome, vu la vascularisation de la masse, c'était probablement du sarcome à petites cellules.

L'examen détaillé du malade, l'histoire de ses antécédents, nous avaient permis d'éliminer l'hypothèse d'une gomme du pharynx ou de tumeur actinomycosique.

Le malade, qui n'accusait que de la gêne, venait à la consultation plutôt pour chercher un avis qu'une intervention, à laquelle de prime-abord nous ne nous sentions pas disposé. Nous le mîmes à un traitement arsénical et le perdîmes de vue pendant quinze jours. A ce moment (28 février), il vint nous retrouver, ne pouvant presque plus déglutir et ayant de la gêne respiratoire. En ouvrant la bouche il était aisé de constater combien la tumeur avait augmenté de volume; arrondie, du volume d'une grosse orange, recouverte d'une muqueuse amincie, rouge, et prête à sauter, la tumeur en bas s'appuyant sur la langue venait s'insinuer entre les arcades dentaires dont les dents avaient marqué sur elle des empreintes profondes. En haut, continuant à dédoubler le voile du palais, elle faisait une saillie palatine volumineuse. En dedans elle touchait presque l'autre amygdale et ne laissait plus qu'un étroit triangle pour le passage de l'air. Le toucher était impossible, mais la tumeur avait dû gagner en haut, car la respiration nasale, au dire du sujet, était devenue très pénible. Le malade désirait être soulagé. Nous le fîmes entrer alors à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service du professeur FOLET. Le 2 mars, avec l'aide du docteur LAMBRET, chef de clinique, le malade étant dans la position de Rost, nous procédâmes à l'extirpation de la tumeur. ne voul nt, par notre intervention, d'ailleurs forcément partielle, que diminuer le volume de la tumeur pour permettre au malade de pouvoir se nourrir.

**Anesthésie au chloroforme.** La bouche étant ouverte avec l'écarteur, nous faisons au bistouri une incision verticale au point culminant de la tumeur, sur la face antérieure du voile du palais et du pilier antérieur ; puis très rapidement, à l'aide d'une spatule mousse, nous essayons de décortiquer la tumeur. Celle-ci est très friable et saigne beaucoup ; cependant, en procédant par morcellement, au moyen de pinces de MUSEUX, nous parvenons à l'extraire en sa totalité, et en y comprenant l'amygdale qui vient avec un volumineux fragment. Puis toute cette large poche est bourrée de gaze iodoformée trempée dans une solution gélatineuse tiède de CANNOT ; l'hémorragie s'arrête rapidement, le malade est réveillé. L'opération a duré trente-cinq minutes.

Le soir les tampons sont changés ; il n'y a plus qu'un suintement insignifiant ; un nouveau tamponnement est fait par mesure de prudence, il sera continué d'ailleurs pendant deux jours. Le malade, pendant ce temps, est alimenté à l'aide d'une sonde œsophagienne ; le 4 mars les tampons sont enlevés définitivement. Il y a là une vaste poche anfractueuse ; les gros vaisseaux du cou en dedans battent presque directement sous le doigt.

Le malade resta vingt jours à l'hôpital pendant lesquels la poche fut lavée régulièrement ; elle n'avait à son départ que fort peu diminué, et l'état général était peu brillant. Il retourne chez lui et mourut, le 12 avril, d'accidents, au dire de son médecin, de congestion pulmonaire. Il pouvait, comme à sa sortie de l'hôpital, s'alimenter avec des boissons et des aliments semi-liquides.

L'autopsie n'a pu être faite, mais il ne paraissait pas y avoir de récurrence dans la plaie.

Les fragments prélevés au moment de l'opération avaient été remis au professeur CURTIS ; l'examen permit de démontrer qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules, très vasculaire, avec des points myxomateux.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans la marche clinique de l'affection. En effet la tumeur, en ne tenant pas compte des dires du malade, qui avait pu ignorer l'existence d'un petit noyau rétro-amygdalien, s'était développée et avait évolué en une quinzaine de jours. C'est là un fait excessivement rare et les recherches que nous avons faites dans la littérature médicale ont été infructueuses.

Le professeur BERGER, dans son article sur les tu-

meurs mixtes du voile (1897), insiste sur le diagnostic avec les sarcomes et l'amygdale du voile du palais ; il recorde la rapidité dans l'évolution d'une tumeur bénigne, et une tumeur presque fluctuante, qui est de cette nature pour une observation personnelle ne s'en séparant que par de longs prolongements jusqu'à ce que la fluctuation était telle que la tumeur blanche d'ailleurs ; il put, par l'opération, le malade guérir, ce qui diffère de la sienne, surtout la guérison, comparable à la nôtre, qu'on ne retrouve nulle

### Tuberculose aiguë

Le 20 mai 1898, un confrère nous envoie une enfant atteinte d'oreille, datant d'un mois, avec des phénomènes généraux graves, qui exigeaient une intervention.

Il s'agissait d'une enfant de constitution, qui, un jour, fut atteinte d'une angine, suivie d'un accès aiguë gauche qui s'était terminée par la mort.

Depuis, et malgré des soins, elle n'a pas arrêté ; de plus, le malade présente la présence d'un bourgeon auditif, le tout accompagné d'une mastoïdite, de douleurs très abondantes ; il y a une fièvre nocturne.

A l'examen on constate que la tumeur gauche est volumineuse, le pavillon de l'oreille est gonflé, plein de pus, après nettoyage soigné de l'enfant, l'opération est faite, le contact le plus léger, et la guérison est obtenue.

L'enfant depuis plusieurs jours présentait de la fièvre (températures abondantes). Il y avait une mastoïdite moyenne, longue, aussi court les fongosités, chose d'assez étonnant.

L'examen du pharynx montrait de grosses adénoides et de grosses végétations devant la présence d'un

ntervenir. C'est ce que ndemain matin.

avec l'aide de notre . Nous incisons sur la nsertion du pavillon et la tuméfaction. Notre abcès sous-périosté, et riable, et qui se laisse facilité par la curette de et, dans l'autre démesu- de fongosites très saim- milieu d'une couche de

llet, et nous aidant du aisons largement com- , produisant ainsi cette 'autre était plein de fon- le conduit. A l'aide de nous nettoyons complè- le travail est très pénible abondamment et l'on ne onnements très serrés à it complètement nettoyé nous sommes à peu près le plus qu'un os dur et ze par le conduit qui est ision postérieure, par où

até. L'opération a duré sie a été chloroformique.

deux jours après, il y a it, les drains ne sont pas pansement (il n'y avait général était meilleur), non sans provoquer une able par le conduit et ouveau tamponnement. enlevés le dixième jour, if le passage du drain ; s le conduit et réappli- lique non irritant sur

llait être terminé ainsi, is reçûmes du médecin priant de venir. Nous suivant :

maintenu, l'enfant mange très pâle ; le pansement latons avec stupeur que unie, et cela par le fait s comme une mandarine, idienne et qui, véritable deux lèvres de la plaie, outonnière sous le pan- rt d'une lame de pus. es parents, très anxieux, , et nous proposons de cette masse, suivi d'une ; zinc. Cette intervention eceptent qu'un attouche- ntre temps nous consta-

tions que les ganglions rétro et sous-mastoldiens étaient très tuméfiés, ainsi que ceux de la région cervicale gauche, et qu'il existe un torticolis du même côté.

Un interrogatoire de la famille nous apprenait que la mère avait perdu deux sœurs de phthisie aiguë, et que le père avait perdu ses parents et un frère de tuberculose pulmonaire ; les parents étaient chétifs. Notre confrère JONNART devait faire des pansements réguliers suivis de cautérisation. Le 10 juin, nous voyons arriver à notre clinique la mère et l'enfant, celle-ci très déprimée. Le pansement, plein de pus, est soulevé par le fongus, qui a le volume d'une grosse orange. La peau présente tout autour, au point de contact avec la tumeur, des points de lupus ; les ganglions cervicaux sont encore tuméfiés, il y a des bourgeons dans le conduit auditif. Après anesthésie au bromure d'éthyle nous enlevons au serre-nœud la tumeur en pédiculisant sur la mastoïde et à coups de curette, nous nettoyons la cavité mastoïde, que nous asséchons et traitons au chlorure de zinc ; la paroi crânienne, en aucun point, n'est détruite et nous ne voyons pas le sinus. Nous pansons à plat avec force iodoforme et grande compression, les pièces sont mises de côté pour examen.

A partir de cette date, jusqu'au 12 août, date de la mort de l'enfant, deux fois par semaine nous enlevions gros comme une noix ou une petite mandarine de fongosités exubérantes à la surface de la plaie, rien ne put empêcher ce processus fongueux, et malgré tous nos soins, l'enfant mourut de phénomènes méningés et pulmonaires qui l'emportèrent au milieu d'une cachexie toujours croissante.

L'examen des fragments a été fait par nous à plusieurs reprises.

Sept cobayes ont été inoculés avec des fragments pris au centre des fongosités, bien lavés dans l'eau distillée. Tous les sept sont morts, dans un laps de temps variant entre deux et cinq mois, de tuberculose péritonéale et viscérale (foie et rate). La coloration des bacilles dans le pus a été positive. Les fongosites au point de vue anatomo-pathologique étaient constituées par un tissu excessivement vasculaire et formé exclusivement d'éléments embryonnaires qui nous avaient fait donner à ces fragments, dans une présentation, le nom de *strcoun tuberculeux*, car l'évolution de la maladie a été véritablement comparable à celle d'une tumeur maligne, mais là, spécifique.

L'histoire de cette affection, qui peut sans aucun doute être classée sous la rubrique de tuberculose fongueuse de l'oreille moyenne, nous a poussé à faire des recherches à la Clinique sur la tuberculose de l'oreille moyenne.

Du 1<sup>er</sup> juillet 1898 au 1<sup>er</sup> avril 1899, c'est-à-dire huit mois, nous avons examiné systématiquement ou fait examiner toutes les fongosités que nous avons eu l'occasion de rencontrer au cours de l'otite chronique fongueuse. Ces cas sont au nombre de 21. Au point de

vue des sujets porteurs de l'otorrhée, disons de suite qu'après examen complet de tous les organes, nous n'avons pu trouver que quatre malades chez qui des traces antérieures ou actuelles de tuberculose aient pu être décelées d'une manière sûre; ces quatre sujets se répartissent ainsi :

1° Un enfant de 12 ans, atteint de tuberculose pulmonaire avec tuberculose pharyngée, buccale et nasale. Il existait de l'otorrhée droite avec un énorme bourgeon dans le conduit, nullement saignant, presque cicatriciel à son extrémité antérieure. Le bourgeon fut enlevé, mais l'enfant mourut, au bout de quelque temps, des progrès de la tuberculose pulmonaire sans avoir pu être revu. L'examen du pus, en tant que bacillaire, a été négatif, ainsi que l'inoculation d'un fragment du bourgeon, très près de son insertion dans la caisse.

2° Deux autres cas ont trait à de vieilles otorrhées doubles, datant de 8 et 14 ans, chez des sujets respectivement âgés de 22 et 27 ans et atteints de tuberculose pulmonaire. Après ablation des bourgeons et curettage de la caisse, pansements à l'eau oxygénée ou au formol et traitement de l'arrière gorge. La guérison s'est maintenue.

L'examen bacillaire a été négatif ainsi que l'inoculation des fragments.

3° Le 4° cas a été un exemple très net de tuberculose de l'oreille moyenne. Il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans atteinte de tuberculose pulmonaire et laryngée dans un état général très mauvais et qui vint à la clinique pour une suppuration de l'oreille abondante avec bourgeon volumineux sortant de l'oreille; ce bourgeon, contrairement aux autres, était très saignant. Ablation sous anesthésie au bromure d'éthyle au serre-nœud, qui ramena un fragment du marteau. Le reste de la caisse (oreille droite) était rempli de fongosités qu'il fallut curetter. Ces fongosités se reproduisent très rapidement, car la malade est encore en traitement, et quoiqu'elles n'aient pas l'intensité de vie de notre première observation, elles nécessitent un curage presque tous les quinze jours. L'examen du pus y a décelé de nombreux bacilles de Koch. L'inoculation au cobaye a été positive. Nous devons ajouter, pour être complet, que cette jeune fille a présenté à un moment donné des ulcérations nasales que nous n'avons d'ailleurs pas vues, mais qui ont été constatées par son médecin, le Dr FAVIER; elle mouchait du pus et du sang, c'était probablement des ulcérations bacillaires.

Restent 17 autres cas, qui ont trait tous à des otorrhées banales avec des bourgeons plus ou moins volumineux, venant faire saillie dans le conduit par une perforation.

Dans aucun de ces cas, et malgré des recherches multiples, faites par notre assistant, M. OLLIVIER, nous n'avons pu déceler le caractère tuberculeux du

pus ou des fongosités. Ces otorrhées d'ailleurs ou guéri ou sont en voie de guérison sous l'influence de traitements rationnels et de soins journaliers. Nous voyons donc, pour nous résumer, que sur 21 cas d'otorrhée fongueuse nous n'avons pu en trouver que deux de nature tuberculeuse. Or, pendant ce même laps de temps, nous voyions 52 cas de tuberculose laryngée, avec manifestations pulmonaires, et 7 cas de tuberculose bucco-pharyngée. On voit par conséquent que l'otite moyenne tuberculeuse ne se rencontre d'une part que chez des tuberculeux bucco-laryngés ou pulmonaires, et que d'autre part ça en serait une complication rare.

Si, en effet, nous reprenons les registres de la clinique, nous constatons qu'en 1897, par exemple, nous avons examiné 1.220 malades atteints d'affections diverses de l'oreille et que, dans aucun cas, notre attention n'a été attirée sur la nature tuberculeuse d'une otite. Il nous manque il est vrai les examens des constatations microscopiques, mais d'un autre côté, dans le même espace de temps, sur 400 malades porteurs d'affections du larynx, tuberculeuses ou autres, nous ne constatons aucune complication auriculaire propre à nous faire soupçonner la tuberculose. Par conséquent la tuberculose de l'oreille est chose rare et d'un diagnostic qui doit être difficile, de prime abord, car l'otite revêt au début une forme soit aiguë soit chronique, et que seule la recherche du bacille peut aider le diagnostic. Cependant, connaissant l'histoire de la fongosité tuberculeuse, pourrait-on peut-être, en se basant, chez un malade, sur la rapidité d'évolution des bourgeons, et sur la reproduction aiguë après ablation, faire le diagnostic d'otite tuberculeuse.

## Analyses de Mémoires français & étrangers

L'Enseignement médical de l'anti-alcoolisme, par le docteur CHARL RUYSEN. — Ouvrage couronné par la Société française de tempérance (médaille d'argent) : précédé d'une préface par LEGRAIN. — Un vol. de XLII-216 pages. Paris : Société d'éditions scientifiques, 1899.

C'est un grand point pour un livre de paraître à si heure, dit le docteur LEGRAIN, dans la préface de cet excellent petit ouvrage; le livre de M. RUYSEN échappe à tout reproche sur ce point. Il y a longtemps que, dans les pays étrangers, le médecin est le pionnier de la lutte contre l'alcool. Les médecins s'y réunissent



C'est un fait que les médecins semblent ignorer totalement, ou dont ils se désintéressent.

Comme mesure prophylactique, l'action morale doit occuper la première place : elle peut s'exercer par le groupement des initiatives privées et par un enseignement scolaire de l'anti-alcoolisme.

Il faut ajouter aux matières des programmes actuels de l'enseignement médical, des considérations sur l'alcoolisme, créer un cours d'hygiène sociale et engager ainsi les médecins à sortir de leur coupable inertie en face du péril alcoolique.

## VARIÉTÉS

### Villégiature et Archéologie

(Première lettre au Rédacteur)

Wis-sant, 20 septembre 1899.

Mon cher Rédacteur en chef,

Je vous ai promis d'aller, de ce riant coin du Boulonnais, où je passe volontiers une partie de mes vacances, au Congrès de 1899 de l'Association française pour l'Avancement des Sciences, — familièrement appelée l'A. F. A. S., — lequel se tient à la mi-septembre à Boulogne sur Mer, à l'effet de vous rendre compte de tout ce qui s'y produirait pouvant intéresser les lecteurs de l'*Echo Médical*.

Il semblerait que la part de la Médecine et de la Chirurgie doit être assez mince aux Congrès de l'A. F. A. S. Cela se comprendrait sans trop de peine : La médecine actuelle tend de plus en plus aux spécialisations multiples et étroites. En ce temps de déplacements faciles elle a tant de Congrès technologiques particuliers, nationaux ou cosmopolites : — Congrès de Chirurgie, de Médecine, d'Obstétrique, de Gynécologie, d'Urologie, d'Otologie, de Neurologie, et autres *logies*, j'en passe et des meilleures, — qu'elle ne devrait guère éprouver le besoin de contribuer aux Congrès de Science générale. Eh bien, il n'en est rien. La production médico-chirurgicale est tellement débordante qu'elle y occupe une honorable place. La médecine et la chirurgie pures y sont à vrai dire représentées par beaucoup moins de communications que l'hygiène et surtout que la *sous-section d'électricité médicale*, laquelle montre là une activité absolument exubérante.

Je n'essaierai pas de vous analyser, même très sommairement, les quatre-vingts et quelques mémoires qui ont été lus aux diverses sections. Je me contenterai d'en débrouiller le péle-mêle et d'en donner la liste, en les classant en quatre grands groupes : MÉDECINE, CHIRURGIE, HYGIÈNE, ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

Voici cette liste :

#### I. — MÉDECINE.

MM. LIVON. — Sécrétions internes et tension vasculaire.

FERRÉ. — Diphtérie humaine et diphtérie aviaire.

LEMANSKI. — Fièvre paludéenne.

MM. RA  
BE  
DE  
BE  
BE  
BE  
IM  
LE  
LO  
LE  
BR  
CL

LE

MM. FA  
RE

CA  
LO  
MI  
BI  
CA  
DE  
PI  
DE  
PE

A.

MM. CC  
HI  
CA

FE  
LE  
FC

MO  
LO  
HI

BI

LE

FI

LC



nt des ports maritimes.

lire.

immunale.

à Nîmes.

es Arabes et les Israélites

# MÉDICALE.

la dilatation de l'estomac

iques du cœur.

glaucome chronique et du  
à galvanisation du sympa-

ologique des courants de

radiographie et la radios-

qué en présence de la Section

électrique de la paralysie

électrique de l'inconti-

trique du gâtro oxobtal-

taïques stables.

l'effluve statique induits.

de l'intervention électro-

etique du corps humain :

ur du traitement de la

ar les courants de haute

ion.

bipolaire pour la destruc-

de l'encéphale.

ons X matérialisés appli-

le.

es phénomènes électriques

l'homme malade.

al perforant plantaire par

al postérieur.

s voltiques dans le trai-

culaires.

traitement électrolytique

géral et de ceux du canal

MM. Louis CIVENA-SALSE. — Traitement de l'entropion par l'électrolyse des paupières.

RÉGNIER. — Traitement des névrites périphériques d'origine traumatique par les courants alternatifs à basse fréquence.

Le Congrès doit se terminer demain par une cérémonie intéressante la médecine, je veux parler de l'inauguration du buste de DUCHENNE, de Boulogne. Tout en haut de la haute ville, sur le boulevard du prince Albert, non loin de la statue de MARIE-REY, autre Boulonnais illustre, se dressera la figure de ce DUCHENNE, qui, pauvre, au milieu des préoccupations d'une clientèle qui était son gagne-pain, sans aucun titre officiel, sans service d'hôpital, soutenu seulement par sa passion de l'école et sa volonté énergique, sut bâtir une œuvre scientifique importante et solide. Je me rappelle encore, — quand j'étais externe au vieil Hôtel-Dieu de Paris, en 1893, — cela ne me rajeunit point, — ce petit homme mince, grisonnant, qui trottait-menu dans les vastes couloirs. C'était le « petit père DUCHENNE », comme nous l'appelions. Il avait vu dans le service de TROUSSEAU, qui le tenait en haute estime, des malades dont il suivait l'observation.

Le buste est assez ressemblant ; une matelotte boulonnaise, coiffée du bonnet à aureole traditionnel, inscrit sur l'une des faces du socle le nom de son modeste et savant compatriote. Avant l'inauguration, le médecin lettré BRISSAUD fera, sur l'œuvre de DUCHENNE, une conférence à laquelle je regretterai vivement de ne pouvoir assister.

On a fait, comme toujours, à l'archéologie préhistorique et historique de la région, les honneurs du programme : Communication de H. RIGAUX sur *un campement préhistorique à Wimereux*, avec discussion, à laquelle ont pris part MM. HAMY, MORTILLET, D'AULT DU MESNIL, etc.

Autre communication du Docteur CAPITAN et de l'Abbé BACHÉ sur *une excursion archéologique à Wissant et à cap Blanc-N. s.* Croiriez-vous que mon cher village de Wissant a eu jadis des destinées brillantes et qu'il a failli recevoir aujourd'hui la visite des sections archéologique et géologique réunies ? Il faut que je vous dise un mot des belles choses que j'ai apprises là :

Wissant, qui n'est plus aujourd'hui qu'un village de 1.100 habitants, était, dans le haut moyen-âge, un centre maritime et commercial assez important. L'orthographe de son nom, — lequel viendrait, dit-on, de *White Sand* ou *Blanc sable*, je n'ai jamais remarqué pourtant que le sable y fût plus blanc qu'ailleurs, — s'est mainte fois transformée au cours du temps. DUCANGE a relevé depuis le VI<sup>e</sup> siècle les formes suivantes : *Witsan*, *Witsant*, *Withsand*, *Wisan*, *Guitsand* (1). C'est sous ce dernier nom que Wissant était connu au X<sup>e</sup> siècle, et vraisemblablement très connu, car l'auteur ignoré de la *Chanson de Roland*, racontant « le grand deuil » de la nature lors de la mort du Héros, dit qu'il y eut « effroyable tourmente, tempête, grêle, fou lre, tremblement de terre et ténèbres en plein midi, d'un bout à l'autre de la France » :

*De Besançon iusqu'as port de Guitsand* (2)

(1) Édition classique de la *Chanson de Roland*, par LÉON GAUTHIER, p. 506.

(2) LAINE. CXIX. v. 1429.

Wissant fut, jusqu'au XII<sup>e</sup> ou XIII<sup>e</sup> siècle, le port de communication entre la France et l'Angleterre; port d'où déjà César se serait embarqué pour la Grande-Bretagne; le fait est que, pour les navigateurs primitifs, qui aimaient à ne pas trop perdre de vue les rivages, c'était le port de choix. D'aucun point de la côte française, on ne voit plus distinctement, par beau temps, les falaises de craie de la blanche Albion. Les collectionneurs archéologues ont ramassé à Wissant, non-seulement au camp de César, mais dans la dune et sur la grève, des cargaisons de fragments de poterie, monnaies et bibelots de provenance préhistorique, romaine, gauloise et médiévale.

Il y existait au XII<sup>e</sup> siècle un couvent de Templiers, c'est-à-dire une banque, car les Templiers étaient des moines-banquiers très riches. C'est même ce qui causa leur perte : Philippe-le-Bel qui, comme quelques autres souverains, leur devait beaucoup d'argent, trouva moyen de liquider sa dette en les faisant, quoique moines, condamner et brûler, tout comme s'ils eussent été de simples juifs. Les Templiers possédaient donc un couvent-banque à Wissant; ce qui semblerait indiquer un trafic assez sérieux en ce port. Un chemin du quartier des pêcheurs s'appelle encore « chemin du Temple » bien certainement par tradition, car il ne mène à aucun édifice religieux.

Mais la mer, ensablant sans cesse le port de Wissant, en rendit l'accès de plus en plus malaisé aux navires.

Calais naquit, prit, au cours de la guerre de Cent ans, une importance militaire considérable et finit par détrôner absolument le port rival, dont le nom s'effaça de la mémoire des hommes.

Aujourd'hui Wissant n'est plus qu'un village de pêcheurs. au fond de la baie du Croissant, dont le Blanc-Nez et le Gris-Nez sont les deux cornes. Sa belle plage de sable fin et ses jolis environs accidentés de collines verdoyantes et semés de nombreux bouquets de bois, font la joie des peintres et des paisibles amis de la belle nature. Cet aimable endroit, où quelques villas modestes se sont bâties, est dénué de Casino et protégé contre l'invasion des Barbares par son éloignement de 11 kilomètres de la plus prochaine gare. Nous avons craint l'an dernier que l'on ne trouvât du charbon sous le sol. Des fouilles avaient été entreprises sur plusieurs points. Voyez-vous notre cher petit Wissant transformé en centre minier, avec des corons de briques et ses routes blanches noircies par la poussière de la houille? Horreur! grâce au Ciel, les Ingénieurs sont revenus bredouilles de leurs sondages. Sauvés, merci, mon Dieu!

Les grandes marées de mars dernier ont mis à nu des substructions considérables, des pans de murs écroulés qui ont dû appartenir à des édifices importants. Ce sont ces restes que devaient venir visiter les deux sections du Congrès. Mais tant d'objets divers ont sollicité leur attention et absorbé leurs moments qu'ils n'ont point eu le temps d'accomplir cette promenade.

Mais cette lettre est déjà fort longue; et j'ai encore quelque chose à vous dire. A huitaine.

Recevez, mon cher Rédacteur, l'assurance de mes meilleures amitiés,

Dr H. FOLET.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Sont chargés des cours pour l'année scolaire 1899 1900 :

*Pharmacie.* — M. DEROIDE, agrégé.

*Parasitologie.* — M. VERDUN, agrégé.

*Botanique.* — M. FOCKEU.

Sont nommés chefs de travaux et de laboratoires pour l'année scolaire 1899-1900 :

*Physiologie.* — M. BÉDART, agrégé.

*Pharmacie.* — M. DEROIDE, agrégé.

*Laboratoire des cliniques.* — M. CARRIÈRE, agrégé.

*Histoire naturelle.* — M. FOCKEU.

*Physique.* — M. DEMEURE.

*Chimie minérale.* — M. LOUIS.

*Chimie organique.* — M. CARRETTE.

### HOSPICES CIVILS DE LILLE

Concours pour 5 places d'Elèves internes en médecine et pour 14 à 30 places d'Elèves externes (Service de la Faculté de l'État).

La Commission administrative des Hospices civils de Lille, donne avis que le *Vendredi 3 novembre 1899*, à huit heures du matin, il sera ouvert un Concours public pour la nomination de 5 Elèves internes, et le *Samedi 4 novembre*, un autre Concours pour la nomination de 14 à 30 Elèves externes, appelés à faire le service de Médecine et de Chirurgie de la faculté de l'Etat dans les Hôpitaux de Lille.

Ces Concours auront lieu dans l'une des salles de l'Hôpital Saint-Sauveur devant des Jurys médicaux présidés par un des membres de la Commission administrative des Hospices.

#### CONDITIONS D'ADMISSION AU CONCOURS

##### Internat

Les candidats devront :

A. Se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté de médecine de l'État, cinq jours au moins avant le 3 novembre. Passé ce délai, aucune inscription ne sera plus admise.

B. Déposer, en se faisant inscrire, un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré récemment soit par le Maire de leur résidence, soit par le chef de l'école où ils auront fait leurs études.

*Pourront seuls concourir pour les places d'Internes :*

1<sup>o</sup> Les Elèves ayant rempli les fonctions d'Externe au siège d'une Faculté de médecine;

2<sup>o</sup> Les Elèves en médecine étrangers à la Faculté de Lille, ayant au moins douze inscriptions;

Ne seront pas admis au concours de l'Internat, les Elèves ayant moins de 18 ans et plus de 28 ans;

Le titre de Docteur est incompatible avec les fonctions d'interne.

##### Externat

Les candidats doivent satisfaire aux conditions A-B ci-dessus rappelées;



---

# L'ÉCHO MÉDICAL

---

ou moins dépendante rieur, mais d'une tuberculeuse si vous me pardonnez uro-pulmonaire, directe-ial.

sant de savoir si cette aire traumatique a la e la tuberculose com-lient les lésions pulmo-restent les mêmes.

leuro-pulmonaire com-monaires soient contem-lésions pleurales — il y e la loi de Louis, c'est-à-veloppent primitivement gagnant de là progressi-, et qu'ils sont à ces acé qu'aux bases.

d'une pleurésie phthisio-ation des sommets, au ou postérieurement, le me de congestion tuber-n processus de conden-nt de la spécificité. Ces our leur propre compte, que la pleurésie se ter-n.

ompte de ce fait, que la qui a servi de point de eux, est habituellement de la plèvre des lobes

que l'infection pulmo-nsécutive à l'infection ontinuité, de la plèvre au in, mais se fait au con-

-pulmonaire traumatique -à-dire la marche des ifférente.

cunement qu'il faille en ici un type clinique que s fois, dont nous avons es auteurs, et qui semble

a tuberculose commune

spécifiques, au lieu de butent au niveau de la

zone traumatisée et de là envahissent les portions voisines. Ils sont dans la zone antérieurement traumatisée à un stade plus avancé que partout ailleurs. Dans le cas particulier de la pleurésie phthisiogène traumatique (1) — que le poumon ait été lui-même intéressé par le choc sous forme d'une zone de congestion ou de bronchopneumonie ajoutée à la pleurésie; ou qu'il soit resté indemne, en tous cas sans lésions appréciables à l'auscultation, — l'infection pulmonaire se fait par continuité directe de la plèvre viscérale aux portions pulmonaires immédiatement voisines. Les granulations tuberculeuses s'ensemencent de proche en proche, de la périphérie vers la profondeur, gagnant peu à peu toutes les parties en rapport.

Comme généralement la pleurésie traumatique intéresse une portion basse du thorax (la plus exposée aux chocs), les lésions pulmonaires débutant par les lobes moyen ou inférieur ont une marche ascendante vers les sommets; et le côté sain se prend en dernier.

Il y a donc, dans ce cas, inobservance, ou pour mieux dire, inversion complète de la loi de Louis. Le fait est à noter.

Quant à cette localisation et cette marche particulière des lésions tuberculeuses dans le traumatisme thoracique, elles s'expliquent par l'état d'attrition des tissus, d'infiltration sanguine ou de congestion des organes qui rendent le milieu plus particulièrement favorable au développement du B. de Kock.

Le traumatisme comme toute autre cause d'irritation sert ici de point d'appel à la localisation bacillaire. Ce fait clinique n'est pas nouveau : On l'observe fréquemment à propos de la tumeur et des articulations, plus exposées aux différentes causes traumatiques. Nous rappellerons les expériences de Kock (1882), bien qu'elles aient été contrôlées d'ailleurs par des expériences de LANNELONGUE et ACHARD (*Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, 1899).

En résumé, au point de vue du traumatisme thoracique, la plèvre, avec le poumon, se comporte

(1) Rappelons pour mémoire qu'il existe une tuberculose traumatique à localisation exclusivement thoracique, aiguë et spontanément curable (Henrienne), la tuberculose de l'épanchement étant cependant le plus souvent le résultat de l'ensemencement et de l'inoculation. Nous ne nous occupons dans cet article que de la tuberculose chronique à localisation exclusive, à-dire avec envahissement pulmonaire.

plus ni moins qu'une séreuse articulaire dans laquelle les granulations tuberculeuses ensemencent de proche en proche tous les tissus en rapport : de la séreuse gagnant par infiltration les parenchymes voisins. D'où la justification de cette dénomination de tuberculose « chirurgicale » pleuro-pulmonaire que nous avons employée au début de cette communication.

A l'appui de cette manière de voir, nous avons à produire un certain nombre de faits démonstratifs.

Rappelons d'abord les faits déjà publiés :

PERROUD (*Communication à l'Association française*, 1872) signale ce fait que les mariniers du Rhône qui poussent leurs bélandres au moyen d'une longue perche prenant appui sur la région sous-claviculaire, font en ce point une localisation plus particulière de leurs lésions tuberculeuses.

CHAUFFARD, en 1881 (*France médicale*), publie l'observation d'une femme de 59 ans devenue phthisique à la suite d'une chute avec fracture de la clavicule. A l'autopsie, on trouva une caverne unique dans la portion pulmonaire avoisinant la clavicule lésée.

MENDELSON (*Zeitschrift für klinisch med.*, 1886) et LEBERT (*Revue de médecine et de chirurgie*, 1884) rapportent également plusieurs cas de tuberculose pleuro-pulmonaire développée chez des individus de constitution suspecte à la suite d'une contusion thoracique. A l'autopsie on trouve le maximum en étendue et en degré, des lésions tuberculeuses, dans la plèvre ou dans le poumon intéressé par le choc traumatique.

Exemples :

Observation I (LEBERT). — Homme de 36 ans ; bonne santé jusqu'au moment d'une chute, sur le côté gauche, d'un échafaudage élevé. Dès ce jour point de côté, gêne respiratoire, douleurs de poitrine, toux. Plus tard, dépérissement, signes de phthisie, consommation, mort.

A l'autopsie (4 ans après l'accident), épanchement séro-purulent occupant les 2/3 inférieurs de la cavité pleurale gauche. Grande caverne pulmonaire dans le lobe inférieur avec communication pleurale. Au sommet gauche, et dans toute l'étendue du poumon droit, granulations tuberculeuses disséminées et quelques foyers broncho-pneumoniques.

Observation II (LEBERT). — Homme de 26 ans. Chute sur le côté droit de la poitrine avec forte contusion. Douleurs vives et persistantes, gêne de la respiration, toux, fièvre lente à dater du moment de l'accident. Marche progressive, signes constants et prédominants du côté droit de la poitrine ; marche assez rapide, mort au bout de quatre mois.

A l'autopsie : épanchement pleurétique à droite ; lésions de granule : granulations grises infiltrant tout

le poumon droit gauche. Nulle pa

Dans beaucoup progressive de la suivie. Les mala ou à l'hôpital poi n'est que par l' leur localisation

Cette surveilla dant, de pouvoir vice de M. le pro suivi sans interr la contusion initi

OBSERVATION I médical, mais sa dont nous n'étio étiologique).

Elise V..., 33 mars 1897, et M. le professeur

Rien à noter c N'a jamais ét

S'est mariée à 24 quatre enfants se morts en bas-âg

Elle-même, de menée par ses gi siologique et a (s'alcoolisait que

Cet organisme gues, les excès, loppement pour traumatique.

En mars 1897 couche, la perso gauche sur le l résulte une cont moyenne de l'hé

La personne co à vaquer à ses oc jours, elle est p sous l'aisselle ga sonnements et augmentant, elle et nous appelle :

Nous constat la plèvre gauche doigt au-dessus n'intéressant pa

Au sommet ga sans râles avec schéma de cong Mêmes signes

Rien au cœur

Après une qui la defervescence poussées vespère

sparaît. L'état  
malade prend

dat, nous fai-  
ce avec l'as-

liquide séro-  
toire des cli-  
uillon, et une  
éritoine d'un  
le cobaye ne

ous pensons  
en raison du  
e durée de la  
ure de la ma-

ne rapidement  
mois, tout en

oratrice reste  
'auscultation,  
mure respira-  
c des fausses  
fausses mem-  
rence, et il se  
ction progres-  
a base jusque  
as repris son  
maigrie, dysp-  
ersistant.  
ente, la fièvre  
espéreaux ; la

l'auscultation  
du poumon  
ement silen-  
les râles secs ;  
souffle tubaire  
orations, râles  
endant dans

bord corticale  
onie tubercu-  
du lobe tout  
mencée direc-  
ns grises, aux

, nous faisons  
loratrices qui  
fois de phéno-

nets n'étaient  
pathologique.  
lion rude.  
e moyen sont  
ides, couvrant  
pondant à un

montré qu'il était  
e des cobayes de  
le développement  
n'il ne fallait pas  
aute de technique.

processus de ramollissement. L'expectoration devient plus abondante ; les crachats sont muco-purulents et renferment du B. de Kock.

En décembre, les lésions se complètent et s'étendent. On constate dans le lobe inférieur des signes cavitaires (râles à tintement métallique, souffle caverneux).

Le lobe supérieur gauche et le sommet sont infiltrés à leur tour et se ramollissent (craquements humides aux deux temps, couvrant la respiration). Enfin, à droite, il y a du souffle aux deux temps et quelques craquements secs disséminés.

L'état général est en rapport avec les lésions.

La malade est de plus en plus oppressée, sans appétit, mince par une fièvre quotidienne et des transpirations profuses ; alitée la plupart du temps.

En janvier, se trouvant sans ressources et devenue tout à fait impotente, elle se fait admettre à l'hôpital et est reçue dans le service de M. le prof. COMBEMALE, salle Sainte-Angele, n° 2.

On constate alors à l'examen de la poitrine :

A gauche, tout à la base : retrait de la paroi thoracique, matité et abolition des vibrations, silence respiratoire. A la région moyenne, matité, nombreux râles humides, râles à résonnance métallique, gargouillement, souffle caverneux. Au sommet, submatité, diminution du murmure et craquements humides.

Par devant, submatité, respiration soufflante, expiration prolongée et craquements divers.

A droite, par devant et derrière, souffle aux deux temps et craquements disséminés.

En février et mars, la consommation fait de rapides progrès ; la malade est en proie à la fièvre hectique avec des sueurs visqueuses. Amaigrissement énorme, dyspnée excessive. Expectoration purulente nummulaire. Diarrhée rebelle. Lésions de tuberculose laryngée avec perte de la voix et dysphagie douloureuse.

Enfin, en avril, surviennent de l'œdème cachectique, une escharre sacrée et des troubles de myocardite ; et le 18 avril, la malade meurt presque subitement dans une syncope cardiaque.

A ce moment, le poumon droit est à son tour rempli dans toute sa hauteur de râles humides de ramollissement, sans cependant présenter, comme à gauche, de signes d'excavation.

L'autopsie de la malade n'a pu malheureusement être faite. Elle aurait permis de vérifier plus exactement l'étendue et le degré des lésions reconnues à l'auscultation. A défaut de ce contrôle anatomique, il reste cependant le témoignage, suffisamment précis et probant, des signes stéthoscopiques.

OBSERVATION II. — Recueillie par M. VERHAEGHE, externe. — Pierre A..., 38 ans, ouvrier menuisier, célibataire. Son père est mort de fluxion de poitrine ? à 47 ans ; sa mère se porte bien ; il a deux frères bien portants et une sœur qui tousse depuis deux ans, mais qui n'est pas encore phtisique.

Lui-même a fait une pneumonie à l'âge de 15 ans et n'a plus été malade depuis. Habitudes alcooliques anciennes ; quelques tremblements des mains.

Le 5 décembre 1896, étant à son travail, il tombe

d'une échelle d'une hauteur de 4 à 5 mètres sur le côté droit, et éprouve de ce fait une forte commotion thoracique. Il est incapable de se relever et la voiture d'ambulance le transporte d'emblée à l'hôpital dans le service de M. le professeur DUBAR, qui ne constate d'autre lésion qu'une contusion de l'hémi-thorax droit au niveau des cinquième, sixième, septième et huitième dorsales, sans fracture de côte.

Les premiers jours les douleurs sont très vives et le malade est incapable de remuer dans le lit; sa respiration est gênée mais il n'y a pas de crachement de sang et l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

Peu à peu, sous l'influence d'un traitement approprié les phénomènes douloureux s'amendent, et le malade arrive, au huitième jour, à pouvoir s'asseoir et même faire quelques pas dans la salle.

Le dixième jour, sans cause appréciable, il est pris de point de côté, gêne respiratoire énorme, frissonnements, fièvre (39°) et forcé de s'aliter de nouveau.

Le lendemain et jours suivants on constate à l'auscultation des signes d'épanchement très nets, intéressant la plevre du lobe inférieur droit.

Le malade est transporté en médecine et nous le recevons dans le service de M. le professeur COMBEMALE, salle Sainte-Catherine, n° 5.

À l'auscultation, à droite, par derrière, matité remontant jusqu'au milieu de l'omoplate, abolition de la respiration et des vibrations, souffle doux, égophonie et pectoriloquie aphonie. Au sommet, respiration rude compensatrice, sans râles. Par devant sibilants et ronflants disséminés. À gauche quelques râles de bronchite.

La fièvre tombe dès le 3<sup>e</sup> jour ou reste peu élevée, n'atteignant pas 38°. Le point de côté diminue et la respiration devient plus libre. Par contre l'épanchement ne se résorbe que très lentement.

Au bout d'un mois le malade se trouve très amélioré et demande à sortir du service. À ce moment il reste une submatité forte de toute la base droite jusqu'à l'angle de l'omoplate. La respiration commence à être entendue très lointaine. Le souffle a disparu mais il y a de nombreux frottements.

À la fin de février 1897, le sujet nous revient, de nouveau malade. L'amélioration ne s'est pas maintenue; après quelques journées de mieux, il a été repris de fièvre, de frissonnements, de gêne respiratoire et de toux avec nouveau point de côté à droite. Nous retrouvons le malade pâle, très faible, de plus en plus dyspnéique, très amaigri, et ayant perdu tout appétit.

À l'auscultation, tout le lobe inférieur droit est rempli de râles sous-crepitants mêlés à des frottements, sauf tout à fait à la base, où il y a silence respiratoire. À la région moyenne, on perçoit un souffle tubaire avec bronchophonie. Les vibrations y sont exagérées tandis qu'elles sont encore abolies à la base. Il y a de la matité jusqu'à l'épine de l'omoplate. Au sommet droit (par devant et derrière) respiration soufflante et expiration prolongée avec râles de bronchite. Le poulmon gauche est également rempli de sibilants et ronflants. La respiration est rude.

Nous avons évidemment affaire à un processus de

bronchopneumonie intéressant les lobes moyen et inférieur, c'est-à-dire rapport avec la plè

L'hérédité mauvaise de sa maladie, l'été tombé, la pleurésie pulmonaires, nous bronchopneumonie l'ensemencement c lations tuberculeus

Et de fait la bron par la résolution. sique. Il tousse et c et renferment des

Le poulmon droit hauteur, par devant ces râles sont dur métallique. Au soi mines; il y a de l base, les adhérenc bridé le poulmon,

À partir de jui caverne: gargou souffle caveux, de l'angle inférieu du côté droit.

Au sommet droi sans souffle.

Au sommet gauc ment des phénomè deux temps et cra

Dès lors la conso

Le malade est mi pirations profuses, sombre dans le ser

Autopsie. — Prat vient confirmer po cultation.

Nous trouvons, l inférieur rempli d brident le lobe infé

La partie supérie moyen sont en vér est ramolli, caséous sourdre un liquide au milieu du lobe c caverne de la grand gulière, renferman

Les parois de cet des diverticulums; détritrus purulents zone de revêtement tions grises.

Le lobe supérie il n'y a pas de cave dense par un semis broncho-pneumoni encore ferme et en de ramollissement lobes.

Le poulmon gauc dues et moins av



espacées, entourées d'un lobe inférieur est distendu myophymateux. Ce lobe est sain.

Il n'y a pas de lésions habituelles osseuses; nous n'insisterons

## CLINIQUES

### MYOXYMYÉLIQUE

de M. le Docteur Folet

Laquelle une arthropathie fut le symptôme précoce myxœdémateuse, à marche lente et silencieuse. Contrairement à la pratique opératoire dirigée par les chirurgiens, une synovectomie fut faite un peu malgré moi et sans succès. Les lésions de la malade, satisfaisantes.

Je m'engage à publier ce cas qui servira de thème à l'une de nos conférences aujourd'hui vingt mois après l'opéra-

tion est envoyée à la Clinique de l'Institut-Sauveur par mon distingué collègue, d'Auchel. Elle entre à l'hôpital Saint-Augustin, n° 16. Elle est venue pour son mal d'épaule et il n'y a rien d'autre.

En fait, elle a commencé à souffrir des mouvements de l'épaule, ni douleur, ni spontanée, ni des sensations de froid et de chaleur et dans tout le membre supérieur la gonflement se gonfla et la gêne. Aujourd'hui il lui semble difficile de remuer. Toujours aucun

ne paraît énorme, globuleuse, l'articulation antérieure semi-sphéroïdale, molle et fluctuante durcissant par la contraction de la synoviale

occupant le sillon pectoro-deltoidien, ou un interstice de faisceaux deltoidiens écartés. Au palper, l'épaule est incontestablement distendue par un liquide abondant.

Les mouvements communiqués sont dans tous les sens aussi étendus que l'on veut : on tord le bras en dehors ou en dedans, on luxé la tête humérale en arrière ou en avant dans la bosse liquide saillante ; puis on la sent se remettre en place avec des frottements rugueux. Bras de polichinelle.

Mouvements actifs également assez étendus. La malade ne peut élever le bras au-dessus de la tête ; mais elle fait l'adduction, l'abduction ; mouvements dans lesquels se luxé, puis se réduit d'elle-même la tête de l'humérus.

Toutes ces manœuvres de torsion, de luxation, de mouvements volontaires, sont absolument indolores.

La radiographie de l'épaule, très complaisamment exécutée par mon ami le professeur CASTIAUX, ne donne rien du tout, malgré vingt minutes de pose : une silhouette noire, sans aucun détail.

Une ponction aspiratrice faite le 3 octobre, dans le but de mieux explorer, après évacuation, l'état des surfaces articulaires, me donne 175 gr. de liquide hémorragique, très coloré, mais translucide à une lumière intense. On dirait du gros vin du Midi.

Quelle est la nature de l'arthropathie ? Inutile de démontrer longuement que ce n'est ni une arthrite aiguë, ni une tumeur blanche ; ce n'est pas non plus une arthrite rhumatismale, ni blennorrhagique.

Parmi les arthrites chroniques, on ne peut songer à cette singulière dystrophie que l'on nomme l'arthrite sèche, consistant en des néoformations chondrales dans les tissus fibreux de l'articulation, avec usure et érosion des cartilages d'encroûtement et périostose des extrémités articulaires se traduisant par des ostéophytes irréguliers.

J'avais un instant songé à l'arthrite psoriasique, d'autant plus que la femme présentait sur une aile du nez une plaque érythémateuse d'aspect eczémateux ou plutôt lupique, et, sur le dos, d'autres plaques rouges portant des squames blanches et sèches. Mais les arthrites psoriasiques, étudiées surtout dans le travail de BOURDILLON, sont des arthrites multiples, déformantes, ayant la physionomie du rhumatisme noueux.

Un double caractère très frappant : lésion largement destructive (car pour permettre les luxations folles sus-

décrites il faut que capsule, cartilages, os, soient rongés et détruits), et parfaite indolence, donne une indication caractéristique sur la nature de la lésion. C'est là l'allure des neuro-arthropathies liées à un état morbide du système nerveux central (de la moelle plutôt que du cerveau), qui altère profondément le trophisme des articulations et amène silencieusement ces destructions intenses et bizarres.

CHARCOT les a décrites surtout dans la tabes. Ce n'est pas un symptôme constant ; il ne se montre que chez certains tabétiques, un peu à toutes les époques du mal (plus souvent tardif), et limité d'ordinaire aux membres inférieurs. Mais il n'y a aucun symptôme de tabes ici. Tous les signes manquent : signes d'ARGYLL ROBERTSON, de ROMBERG, de WESTPHALL... Ou plutôt, pour parler d'une façon moins prétentieuse et plus claire : paralysies oculaires et troubles pupillaires, impossibilité de la station dans l'obscurité, absence des réflexes tendineux, douleurs fulgurantes, anesthésie plantaire, perte du sens musculaire, incoordination des mouvements, etc., etc. Aucun de ces symptômes si nets de l'ataxie locomotrice ne se rencontre chez notre malade.

La neuro-arthropathie se voit encore dans la *syringomyélie*. Elle s'y montre parfois précoce, parfois tardive, souvent limitée à une ou deux articulations d'un seul membre supérieur. C'est bien notre cas.

La syringomyélie est une maladie qui consiste symptomatiquement dans des troubles sensitifs et trophiques : thermanalgésie et analgésie avec conservation de la sensibilité tactile et du sens musculaire ; d'où les brûlures que se font inconsciemment les malades. Atrophies musculaires portant de préférence sur les membres supérieurs, parfois unilatérales. Phénomènes trophiques variés, panaris et abcès, dermatoses, arthropathies, scoliose.

Ce tableau symptomatologique ressemble singulièrement à ce qu'un examen soigneux nous révèle chez Maria T... ; car il faut découvrir ces symptômes et elle n'attire spontanément l'attention sur aucun d'eux.

Chez elle, en effet, sur tout le membre supérieur droit et sur l'épaule, on constate des troubles de sensibilité très manifestes. Analgésie marquée, la piqûre, le pincement, la brûlure donnent lieu à de simples impressions de contact ; de là les cicatrices observées sur la main et produites par le maniement inconscient des liquides ou des ustensiles brûlants. Thermanes-

thésie fort accusée, d'une forme un peu spéciale : tous les corps paraissent ch

La dissociation des s  
le moignon de l'épaule  
piqûre est perçue. Mai  
ture est sentie très con  
les sensibilités repar  
troubles de perception  
partie du creux sus-cl

L'athrophie muscula  
ment de l'avant-bras g  
hypothénar sont peut  
creux intermétacarpie

Tout cela se passe à g  
point de vue de la ser  
ture.

Pas trace de scoliose

Depuis quand tout  
l'ignore, puisque c'est  
symptomatologie et qu  
que le mal d'épaule.

Le diagnostic est cla  
thrite qui en est le sy  
bonne heure. En son  
nant que de voir se  
parfois un signe pré  
aussi d'arthropathies  
articulations d'une m

La malade était ve  
une intervention. La  
suivie de la reprodu  
tumeur préscapulaire  
ravant. La malade s'  
montre si navrée quan  
tion d'en rester là, si  
puisse rien pour elle  
lui faire quelque chos  
sité de constater de tac  
à refaire la ponction  
ayant étourdi la ma  
chloroforme, sans po  
sation profonde, puis  
grande partie la doule  
prescapulaire ; je vis  
musculaires écartés  
synoviale gonflée. A  
je fendis la poche et é  
La tête humérale n'ex

vaguement renflé. Je résèque de la capsule amincie, et e à l'eau bouillie, je suture lèvres de la brèche elliptique on.

n'eus guère à me louer de omplaisance et de curiosité. rable et immédiate du liquide l'articulation et fit céder les t les bords de l'incision de la

le pansement était inondé de e louche. Le 6 novembre t sauter les deux points du sfixai la partie inférieure de i très gros drain qui sort à la l'épaule. Immédiatement la état général redevient et ne imment bon. On n'eût pas ette femme, qu'elle avait une de, ouverte et drainée. La uble diminua bientôt. Toutes e le drain transfixeur en le mince, puis par une mèche l'enlève un à un. Enfin, vers lle sort de l'hôpital. La cavité e réduite; les os se luxent uant dans les mouvements, l'aparavant; les mouvements, us faciles et plus précis et la satisfaite du résultat.

ans sans voir cette femme. dernier, le docteur HERNU. dé des nouvelles, m'envoya le et très complète note que

t, d'Auchel, opérée pendant omie de l'épaule gauche pour use (syringomyelie) et réexa- 39 par nous, se trouve dans i très satisfaisant.

nte encore des désordres très ent articulaire a à peu près s articulaires semblent tou- riment des mouvements au us paraît balier de différents ide de l'omoplate, comme si yens d'attache naturels; de sation de frottement rude qui a la crépitation de l'arthrite

Le moignon de l'épaule est gros, large, sans atrophie deltoidienne apparente. L'articulation scapulo-claviculaire est instable et un peu disloquée. L'articulation du coude reste solide; mais la radio-carpienne montre un commencement de laxité. Le membre tout entier reste faible.

Atrophie et parésie de certains muscles: Les fosses sus et sous-épineuses sont un peu creuses.

Les muscles grand dorsal, grand rond et grand pectoral sont intacts et se contractent bien.

Le muscle grand dentelé paraît en partie paralysé et laisse remonter en dedans et en haut le bord interne de l'omoplate, tandis que l'angle acromial de cet os tombe en bas et en dehors. Le deltoïde se contracte peu et d'une manière irrégulière, on dirait que quelques faisceaux seulement de ce muscle entrent en action, aussi son effet est presque nul, et le bras ne peut être porté dans la position horizontale.

Les muscles flechisseurs et extenseurs de l'avant-bras, notamment le biceps et le triceps, se contractent mais avec une énergie diminuée. Les muscles de l'avant-bras sont ceux qui paraissent les moins intéressés. Les éminences thénar et hypothénar ne présentent guère d'atrophie. Somme toute, et malgré cet état des articulations et des muscles, la malade trouve que son membre supérieur lui est beaucoup plus utile qu'avant l'opération, alors que le ballottement de l'épaule en bras de polichinelle enlevait toute vigueur et toute précision à ses mouvements.

Troubles de l'innervation: Une zone comprenant le côté gauche du cou, c'est-à-dire le triangle sus-claviculaire, une grande partie de la région thoracique antérieure gauche, la région scapulo-humérale et deltoidienne, la région du bras jusque au-dessous du coude, et même, quoique à un moindre degré, l'avant-bras et la main, présentent des troubles très importants de la sensibilité.

La sensibilité tactile y est conservée; la sensibilité douloureuse et celle de la température sont perdues. Les piqûres, le contact des corps chauds et froids sont perçus par une simple impression de toucher sans aucune impression douloureuse ni aucune sensation de brûlure ni de refroidissement. Il est à remarquer qu'après le contact d'un corps chaud la peau rougit comme sur les autres parties du corps.

Le sens de la contractilité musculaire paraît également troublé; ainsi, quand la malade prend un objet dans la main, elle perçoit une sensation de contact mais elle n'apprécie nullement le poids; elle ne sent pas si elle fait l'effort suffisant pour le tenir et souvent elle le laisse échapper. Elle éprouve aussi, quand elle essaie de coudre, des crampes dans le bras et de la contracture qui fixent les doigts de la main gauche dans une position demi-fléchie.

Il n'y a pas de scoliose ni d'atrophies musculaires en dehors des régions malades indiquées ci-dessus: l'innervation des membres inférieurs est intacte; il n'y a aucun trouble cérébral appréciable.

Dans les premiers jours d'août, j'ai revu à Lille Maria T..., et n'ai pu que constater la parfaite exactitude des observations de M. HERNU.

En résumé :

Chirurgicalement le résultat opératoire n'est pas assez brillant pour que l'on doive s'inscrire contre l'abstention généralement conseillée dans les arthropathies nerveuses. Il faut cependant constater qu'une synovectomie (ou synovo-capsulectomie) partielle, suivie de drainage de l'articulation, a diminué la tendance hypersécrétoire qui surdilatait la jointure et en faisait une articulation ultra-ballante. La capsule rétrécie, les tissus ligamenteux se sont quelque peu raffermis ; et la malade fait mieux, — ou moins mal, — et avec un peu plus de précision, les mouvements réduits qu'elle exécute.

Médicalement la maladie de la moelle reste unilatérale et marche très lentement. Peut-elle s'arrêter ? C'est peu probable ; la syringomyélie passe pour incurable et fatale. Mais qu'est-ce au juste que la syringomyélie ? Les lésions syringomyéliques consistent en des cavités anormales creusées dans la substance grise de la moelle, de la moëlle cervico-dorsale surtout. On avait pris cela d'abord pour des dilatations du canal épendymaire. Depuis on a attribué cet état vacuolaire soit à une myélite spéciale, soit à une gliomatose (neuro-gliome, ou gliome télangiectasique). D'autres enfin, rapprochant la syringomyélie de la « Maladie de MORVAN » ou *parésie analgésique avec panaris des extrémités supérieures*, font de toutes deux une modalité de la lèpre anesthésique. Nous avons vu que chez notre malade il existait des symptômes dermiques, des plaques lupiques en particulier, pouvant éveiller l'idée de lèpre. Mais nous laissons aux neurologues ces questions encore obscures et complexes qui ne sont pas, aurait dit Ambroise PARÉ, « gibier de chirurgien. »

## Analyses de Mémoires français & étrangers

**Étude sur le genu recurvatum consécutif à la coxalgie et sur le déplacement cunéen de la rotule** (*Presse Médicale*, Paris, 1899, p. 149).

M. POTEL a publié récemment dans la *Presse Médicale* une étude, dont nous extrayons quelques points intéressants.

L'auteur a observé un cas curieux de genu recurvatum très prononcé, consécutif à une coxalgie. Il existait en même temps un déplacement cunéen de la rotule.

L'auteur discute la fréquence du genu recurvatum. D'après M. CAMPENON, la fréquence en serait extrême.

Et cependant aucun classique n'en fait mention. Il y a là une question qui reste à élucider. Quelle est la pathogénie de cette malformation ? Ici nous laissons la parole à l'auteur :

M. CAMPENON reconnaît de des causes déterminantes.

Les causes prédisposantes :

1° L'âge du sujet. Plus l'âge est avancé, le genu recurvatum est fréquent. Plus l'âge est jeune, plus il est rare. On ne l'observe pas après quinze ans.

2° L'état général. L'enfant vigoureux ne présente pas de genu recurvatum.

3° La durée du séjour au lit. Plus la durée est longue, plus le genu recurvatum est prononcé.

Nous reconnaissons à ces causes une certaine valeur, mais encore n'est-ce qu'une importance trop considérable. Nous avons vu plusieurs coxalgiques de l'enfance qui n'ont jamais observé de genu recurvatum. Un malade avait quinze ans, nous avons fait remarquer sa déviation, il nous a dit qu'elle n'existait pas. Il en est de même de l'état général. Un enfant chétif aura les ligaments plus lâches que ceux d'un enfant vigoureux. Mais a-t-on souvent l'occasion d'observer des ligaments « vigoureux » ?

Nous croyons que les causes déterminantes sont :

Ce sont : 1° la position anormale des groupes musculaires ; 2° la position du membre inférieur de cause l'élongation des ligaments par traction, la traction devant agir sur la jambe et non sur la rotule. Le genu recurvatum chez des enfants a été observé par BONNET et des autres auteurs.

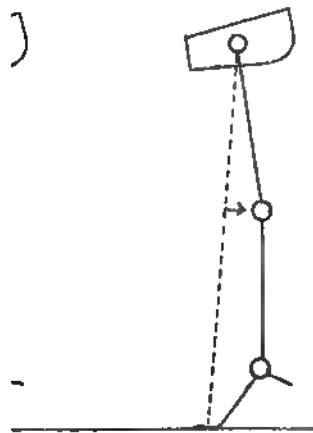
Il est hors de doute que l'immobilité prolongée, un appareil plâtré, en extenseur, d'une part, sur l'extrémité inférieure de la cuisse et sur la fesse, d'autre part, sur le talon. Le talon reste surélevé de 2 centimètres du plan de la table. Dans la position de la jambe, la jambe porte à faux et a une tendance à se fléchir en arrière.

M. CAMPENON admet, en

ndis que les extenseurs  
areil, par contractions

ur de tous ces éléments  
ons pas capables de pro-  
i intense. Beaucoup de  
mobilisés en extension  
gt mois et plus, et cepen-  
rarement de pareilles

ent contribué à amorcer  
loutons pas, mais nous  
le plus important, et de  
anisme même de la mar-  
sous nous le fera facile-



, la marche, l'axe méca-  
confond avec l'axe anat-  
ar deux points : le calca-  
e des metatarsiens.

, b, avec ou sans raccour-  
t sur le tronc, la jambe  
pose plus sur le sol que  
que passe en arrière de  
que la marche augmen-

e, comment s'effectue la

ie, plus court de 13 cen-  
pointe du pied. La han-  
e. Il est facile de voir que  
canique se trouve porté  
e, et, par conséquent, la  
augmenter l'hyperexten-

Tout en reconnaissant une valeur réelle aux causes  
citées par M. CAMPENON, nous croyons donc que la  
marche avec un membre raccourci et ankylose en  
rectitude constitue le facteur étiologique le plus impor-  
tant de pareilles déformations. Le genu recurvatum  
sera d'autant plus prononcé que le malade marchera  
davantage.

L'auteur étudie ensuite le déplacement cunéen de  
la rotule. Cette affection est très rare. On ne connaît  
guère que le cas de LANNELONGUE.

Voici comment LANNELONGUE décrit cette affection :

« Dans l'extension, rien d'apparent ; quand on met  
la jambe en demi-flexion, la rotule ne fait plus de  
saillie. Elle s'enfonce et paraît avoir été retranchée du  
genou ; alors, les parties saillantes des condyles du  
fémur viennent sous la peau, et là, il y a un plan  
osseux en coup de hache. C'est que la rotule s'en est  
allée profondément dans l'articulation, beaucoup plus  
profondément qu'à l'état physiologique et elle y a  
pénétré en coin. »

Quelle est la cause de cette malformation ? Cette  
cause est celle que LANNELONGUE a mise en lumière :  
le raccourcissement du ligament rotulien.

Nous avons vu que le ligament rotulien du côté gau-  
che était 1 cent. 1/2 plus court que le droit. Cette  
brièveté s'explique.

On sait que si la contraction musculaire a une action  
sur le développement des épiphyses, elle a une action  
non moins manifeste sur le développement des ten-  
dons. Or, pendant plusieurs années, les muscles  
extenseurs de notre malade ont été dans l'inaction  
absolue.

A l'heure actuelle encore, ce muscle se contracte  
peu pendant la marche. L'enfant, instinctivement,  
évite les fortes contractions de son triceps, pour ne  
pas reproduire son genu recurvatum. Il raidit son  
membre inférieur et avance tout le corps par une demi-  
rotation. Il n'est donc pas extraordinaire que le ten-  
don rotulien se soit moins développé que du côté sain.  
Le tendon étant plus court, attire plus loin la rotule  
et la fait pénétrer dans l'entrebâillement fémorotibial.

D'après M. le professeur DUBAR, le raccourcissement  
du tendon ne suffirait pas pour expliquer cette mal-  
formation ; il faut encore qu'il existe une atonie mar-  
quée du muscle quadriceps.

Dr H. G.

## VARIÉTÉS

## L'Imprimeur et le Docteur

(Fable imitée de Lafontaine)

M. le docteur DIDAY, le spirituel collaborateur de Jules GUÉRIN à la *Gazette médicale de Paris*, reçut un jour de son imprimeur, quelque peu versificateur comme on va le voir, sa facture de fin d'année, accompagnée de la pièce suivante.

L'imprimeur ayant imprimé  
Tout l'été,  
Trouva sa caisse dépourvue  
Quand la bise fut venue.  
Il alla crier famine  
Chez la *Gazette*, sa voisine,  
La priant de lui payer  
Ses fournisseurs et son loyer.  
« Comptez sur ma reconnaissance,  
Lui dit-il, et sur ma quittance ;  
Mais ne rabattez pas un sou,  
Le beurre est à des prix de fou. »  
La *Gazette* est si bonne fille  
Que de sa voix la plus gentille  
Elle répondit : mais comment,  
Il ne vous faut qu'un peu d'argent !  
Voici trente billets de banque,  
Voyez, mon cher, si rien n'y manque.  
Heureux et confus, l'imprimeur,  
Tomba dans les bras du docteur.

Cet appel fut entendu. L'excellent Docteur accourut régler sa facture, au bas de laquelle l'imprimeur écrivit :

Du plus aimable des Docteurs  
J'ai reçu sans rien rabattre,  
Trois mille francs bonnes valeurs  
Vingt décembre soixante-quatre.

Cette pièce fut publiée dans le journal et, paraît-il, jamais les réabonnements du jour de l'an ne furent aussi nombreux.

## La fièvre typhoïde à Paris

en juillet et août 1899.

M. Thoinot disait récemment à la Société médicale des hôpitaux : « La Vanne réclame pour sa part propre l'épidémie de 1894 et, semble-t-il aussi, la *recrudescence de 1899*. » Revenant aujourd'hui sur cette question dans les *Annales d'hygiène publique*, il montre que cette recrudescence est devenue *épidémie*.

Du 1<sup>er</sup> janvier au 15 juillet, la fièvre typhoïde a donné environ 1500 cas *déclarés* dans la population civile. Depuis le 15 juillet il a été déclaré 585 cas civils. En y ajoutant les cas militaires dont M. le docteur Chaunel a relevé au conseil d'hygiène de la Seine le 4 août dernier, on arrive à un total de plus de 650 cas déclarés à Paris.

M. Thoinot, se basant : 1<sup>o</sup> sur la répartition des cas dans Paris, suivant la distribution en eau de source ; 2<sup>o</sup> sur l'état sanitaire des villes témoins ; 3<sup>o</sup> sur la comparaison de la

manifestation de 1899 avec celle de 1894, montre que l'eau de la Vanne est *responsable*

Des chiffres fort instructifs, surtout ceux qu'il emprunte à la population militaire du territoire de la Vanne, taire des deux villes, l'eau de l'Avre emprunte au de fièvre typhoïde ; à Vanne, empruntée à la 42 cas de janvier au 3 civile et 13 pour la pop

Enfin, en 1894 comme à Sens simultanément, la localisation prédominait à Vanne et on constate l'absence de cas militaires non alimentés

Le rôle de la Vanne a été démontré par M. Thoinot de manière à ce que souffre la population pa

## NOUVELLES

## UNIVERSITÉ

Par arrêté rectoral  
M. GAUDIER, agrégé de laryngologie pendant  
M. DELÉARDE, agrégé de bactériologie pendant  
Sont prolongés, par  
MM. DESOIL, chef  
LAMBRET, chef  
POTEL, chef d  
HUYGHE, chef

M. JOUVENEL, aide-chef des travaux pratiques

M. DUBOIS est nommé professeur de physiologie pendant l'année 1900, dans les fonctions de physiologie

M. L. JAVITZ est nommé professeur de fonctions d'aide-préparateur pendant l'année 1900, pendant l'année de M. LE GENTIL

## Concours

Sont désignés pour le concours d'Internat et d'Externat

A. Concours d'Internat : MONT, CHARMEIL, OUI, et CARLIER, suppléant

B. Concours d'Externat : CARRIÈRE, DELÉARDE, BÉDART et AUSSET, suppléant



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. OOMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.*

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants ; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédard, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphigraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

MM. Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie ; Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale ; Gaudier, professeur agrégé ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvriez, (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale, et INGELRANS.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Traitement de l'épilepsie essentielle, par le docteur Carrière, agrégé, chef de clinique de l'Université de Lille. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS. — Nicolas de la Franchboisière et la médecine il y a trois siècles (fin), par le docteur Potel, chef de clinique à la Faculté de médecine. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Traitement de l'Épilepsie essentielle (1).

Par le docteur G. Carrière, Agrégé

Chef du Laboratoire des Cliniques à l'Université de Lille

Dans la première partie de ce travail j'ai envisagé seulement le traitement de la crise épileptique ; il nous reste maintenant à étudier le traitement qu'on devra opposer à la maladie dans la période interparoxystique.

Mon hésitation est fort grande, je l'avoue, en abordant ce chapitre. On a préconisé tant de méthodes, tant de médications, tant de produits contre l'épilepsie. Chaque auteur vante les résultats merveilleux de son procédé qui, passé au crible d'une critique impartiale, ne vaut pas les anciennes méthodes.

C'est en effet la médication bromurée qui, aujourd'hui encore, donne au praticien les résultats les plus constants. Ne donne-t-elle rien ? La faute en est bien

plus souvent à la méthode d'administration préconisée qu'à la médication elle-même. Il me semble, après avoir fait et vu faire les tentatives thérapeutiques les plus diverses contre l'épilepsie, il me semble, après avoir parcouru toutes les méthodes préconisées, après les avoir analysées et souvent contrôlées, il me semble, dis-je, que tout épileptique doit être soumis à la médication bromurée avant d'essayer quelque autre traitement que ce soit.

C'est donc par l'étude de la médication bromurée que nous commencerons, nous réservant d'étudier et de critiquer dans la suite les autres méthodes prônées par les divers auteurs.

### I. MÉDICATION BROMURÉE.

Quelle que soit la médication à laquelle on a recours, il convient, si l'on veut interpréter exactement son action, de recommander au malade d'avoir un « Agenda des Crises. » C'est toujours par là que je commence, suivant en cela le conseil de CHARCOT.

Sur cet agenda, le malade écrit s'il a eu une ou plusieurs crises et quelle a été leur nature ou leur violence. On peut de la sorte se rendre un compte très exact de l'action de la médication qu'on emploie et cela même est des plus importants pour la direction générale du traitement.

Cette précaution étant prise, comment allons-nous procéder à l'administration des bromures.

C'est en 1834 qu'ANDRAL signale pour la première fois les propriétés sédatives du brome. C'est en

(1) Voir *Echo Médical du Nord*, 17 septembre 1899.



de potassium  
is cette époque.  
IN-DAMOURETTE,  
ont bien mis en

croient encore  
ui agit dans le  
nbrables faites  
ium par un de  
jouter qu'elles  
mure n'a une  
tassium.

x bromures de  
, d'arsenic, de  
nickel, d'or, de  
é des bromures  
noléine, bromé-  
mparer dans ses  
laisse à penser  
datives; la base  
écifique contre

que nous donne-

it de l'épilepsie  
associé, soit à  
fications.

rons pourquoi  
potassium seul  
résultats dans

que je formule  
rs vu conseiller  
es.

rammes.

5 centigr.

itre.

actement 1 gr.  
te de soude agit  
l'action dépres-

tassium peut se  
acts :

onstante

scillante

rogressive

ipue fut surtout

préconisée par LEGRAND DU SAULLE, mais seulement après la cessation des attaques. A ce moment elle peut, nous le verrons, donner quelques bons résultats surtout contre les états psychiques, équivalents cliniques de l'accès disparu.

Ce cas étant mis à part, la médication bromurée interrompue ne rallie que fort peu de partisans. Ceux qui la préconisent encore donnent par exemple trois semaines de bromure, une de repos — ou bien encore quinze jours de bromure, quinze jours de repos ; ou encore un mois de bromure, quinze jours de repos, etc. . . . Hâtons-nous de dire qu'une telle méthode employée contre l'épilepsie en pleine période d'activité ne donne que des résultats déplorables. On n'en obtient rien et l'on peut en conséquence méjuger l'action vraie du bromure. Nous ne saurions donc trop la repousser au moins au début et nous la réserverons pour l'époque où, l'épilepsie étant guérie, il faudra combattre les états psychiques qui apparaissent alors ou arriver à la suppression du médicament.

L'administration continue constante du bromure ne compte que fort peu d'adeptes. Ceux-ci donnent d'emblée une dose de 2, 3 ou 4 grammes et la continuent quotidiennement pendant des années s'il le faut. Cette méthode est à rejeter également.

Nous savons en effet que pour lutter efficacement contre les paroxysmes épileptiques il faut atteindre une certaine dose quotidienne de bromure. Au-dessous de cette dose on n'obtient rien bien souvent. Or, cette dose étant quelquefois très élevée : comment y arrivera-t-on en suivant cette méthode ? Jamais. Et si l'on commence par une dose très élevée n'est-ce pas s'exposer avec certitude aux accidents du bromisme ?

Il ne faut pas se dissimuler d'autre part qu'administré de la sorte le bromure devient rapidement inactif, l'organisme s'y accoutumant très rapidement.

Pour toutes ces raisons nous rejetons donc cette méthode d'administration.

Quelques auteurs, le Pr GRASSET entre autres, recommandent d'administrer le bromure suivant un mode que je qualifierais volontiers de mode oscillant. Voici comment ils procèdent.

Le malade prend deux grammes de bromure pendant cinq jours ; quatre pendant cinq jours ; six pendant cinq jours, etc. . . jusqu'à dix grammes par jour. Puis on diminue de deux grammes tous les jours et on augmente ensuite dans une nouvelle série.

Cette méthode est préférable à la précédente, mais

je lui préfère la médication progressive continue. On ne peut pas en effet passer sans danger d'une dose quotidienne de six grammes à une de huit grammes ! La progression n'est pas suffisamment lente.

En second lieu la dose quotidienne de dix grammes est parfois insuffisante ; nous en avons vu bien souvent des exemples.

Enfin la dose quotidienne de huit ou dix grammes peut n'être pas suffisante en cinq jours pour amener un résultat : il faut souvent persister bien davantage.

Tout en reconnaissant donc que cette méthode est parfois très satisfaisante je lui préfère la suivante.

Voici donc comment on procède à l'administration continue progressive du bromure.

La première semaine le malade prend une dose quotidienne de un gramme de bromure de potassium, la seconde deux grammes, la troisième trois et on augmente ainsi de un gramme par semaine jusqu'à ce que l'on observe les premiers symptômes de l'intolérance d'une part et d'autre part un amendement notable des paroxysmes. On est arrivé à ce moment là à ce que GILLES DE LA TOURETTE appelle « la dose suffisante. »

C'est surtout l'apparition des premiers signes de l'intolérance bromique qui me guide en général pour arrêter la progression. Je ne me préoccupe qu'accidentellement des crises. Le plus souvent, en effet, l'amendement de paroxysme ne survient que quelques jours après l'apparition des symptômes de l'intolérance. Une fois la dose suffisante atteinte on continue à cette dose quotidienne pendant au moins un an après le dernier accès, sauf le cas où le paroxysme disparu est remplacé par un des états psychiques si fréquents à ce moment. S'il en était ainsi il faudrait avoir recours à la médication bromurée interrompue, la plus efficace en ce cas.

La dose suffisante est, on le conçoit, très variable suivant les individus. Chez l'un elle sera de deux grammes, chez l'autre de dix grammes, chez un troisième on ne pourra même, à doses énormes, produire l'intolérance. C'est donc une question de susceptibilité personnelle, d'idiosyncrasie.

Il n'y a donc pas de doses à fixer. D'une façon générale cependant, on peut dire que les doses énormes de bromure (vingt à vingt-cinq grammes par jour) sont absolument inutiles et l'on peut dire qu'il n'est pas nécessaire de dépasser une dose quotidienne de quinze grammes.

Comment doit-on administrer le bromure ? On a

recommandé la voie la plus souvent d'usage est caustique, ténésme, des hémorrhagies ulcéreuses.

On doit administrer.

Il faut autant que possible éviter son action caustique. On usera à ce titre de la fusion de tilleul ou de la gomme. On doit prendre la solution dans ce dernier cas en évitant des crampes intolérables. Le bromure trop près des accidents de gastro-intestinale.

L'administration du bromure doit être continue. On ne doit pas la faire pendant la grossesse. Il est prouvé de nos jours que les effets heureux sur

Les maladies intolérables faire suspendre la médication. Ici on peut se relâcher, les paroxysmes sont souvent pendant la

Les enfants peuvent à la médication bromurée et l'on voit bien souvent à cinq ans tolérer cinq grammes.

Comme nous le voyons il convient de continuer la médication après la disparition

A ce moment on peut donner la dose quotidienne la moindre alerte.

A la suite de ce traitement guérissons réelles que j'ai vu traiter

8 qui n'ont plus eu de crises  
2 »  
4 »  
2 »  
1 »  
5 »

Sur les dix épileptiques

d'attaques, deux  
ont retiré aucun

méliorés légère-  
te.

malades il y a eu  
définitives ; six  
x améliorations  
its me semblent  
e commentaires.  
st pas suffisante  
ra avoir recours  
soit avec d'autres  
loyer les autres

1, il n'y a aucun  
le bromure de  
ant l'association  
bons résultats.  
retenir que celle  
ures de sodium,  
ontium ; c'est de  
irs résultats. En

grammies.

grammes.

grammes.

e.

n renferme un  
de d'administra-

ons résultats, la  
vait échoué. Elle  
on doit toujours

région, une spé-  
st une combinai-  
ion présente de  
ts de bromisme  
lépressifs graves  
le. On a associé  
aments. Je n'in-  
yde de zinc, ou  
onné de résultats  
lus sur le traite-

ment de FLECHSIG dont on a tant parlé et que j'ai eu récemment l'occasion d'expérimenter dans un cas rebelle à tout autre médication. Il ne s'agit pas ici, à proprement parler, d'un traitement associé, mais plutôt d'un traitement alternant. Pendant six semaines le patient prend de l'opium à doses croissantes de 0,05 à 1 gramme par jour. Arrivé à cette dose on supprime brusquement l'opium et on le remplace immédiatement par du bromure à la dose de 7 gr. 50 par jour pendant deux mois.

Cette méthode présente de graves inconvénients :

1° On note souvent, dans la première période, des accidents graves d'intoxication opiacée ;

2° Il est nécessaire que le malade soit pendant cette période soumis à la surveillance continuelle d'un médecin, ce qui n'est pas pratique ;

3° La dose de 7 grammes de bromure réveille chez nombre de sujets des accidents bromiques graves d'emblée ;

4° Enfin les résultats de cette méthode sont loin d'être brillants et en face des statistiques de FLECHSIG et de BENNEKE se dressent celles de POLLITZ, BÉANE, FÉRÉ, qui n'a eu que deux résultats heureux sur vingt-trois cas. La méthode de FLECHSIG ne m'a été d'aucune utilité : elle ne saurait être préférée à celle du bromure de potassium.

BECHTEREW a associé le bromure à l'adonis vernalis et à la codéine. M. TATY, qui a mis cette méthode à l'épreuve, n'en a retiré aucun avantage. BECHTEREW a préconisé plus récemment encore l'association suivante :

Bromure de potassium.	} à 5 grammes
Bromure de sodium . . .	
Codéine. . . . .	0,15 à 0,20
Infusion avec 0 gr. 75 de feuilles de digitale. . .	180 grammes

à prendre en un jour et à continuer par périodes.

Je traite en ce moment-ci deux malades par cette méthode. Tous deux sont très améliorés, mais leurs accès n'ont pas disparu. Il est vrai que les bromures avaient échoué déjà. Ce qui m'a fait avoir recours à ce procédé, c'est que chez eux les paroxysmes débutaient par des troubles cardiaques.

En tous cas les méthodes de BECHTEREW remplacent le bromure de potassium.

De cet examen il résulte que, comme au début, c'est par le bromure de pota-

vient d'attaquer le mal comitial ; en cas d'échec on emploiera les associations bromurées.

Quel que soit le mode d'administration et la nature du bromure, nous avons vu qu'il était utile, pour ne pas dire nécessaire, d'aller jusqu'aux premiers symptômes de l'intolérance.

Quels sont ces symptômes ? Quels sont les accidents de l'intoxication bromique. Au premier rang on doit placer les éruptions bromiques, correspondant ordinairement au type acnéiforme et qui stigmatisent en quelque sorte le visage des patients qui se soumettent à ce traitement. Je citerai encore les ulcérations bromiques dont j'ai vu de si beaux exemples dans le service de mon maître, le professeur PITRES. Toutes ces lésions cutanées sont remarquables par leur ténacité et leur persistance même après la suppression du médicament. Elles laissent souvent des marbrures violacées parfois indélébiles.

A signaler encore les troubles digestifs : anorexie, soif, carie dentaire, état saburral de la langue, fétidité de l'haleine, dyspepsie atonique, constipation. Citons encore la paragueusie, le goût salé persistant dans la bouche.

L'abolition du réflexe pharyngé, considéré par quelques auteurs comme un des premiers signes de bromisme, ne signifie rien. Ce réflexe est aboli presque aussi souvent chez l'épileptique que chez l'hystérique.

On peut encore citer l'apathie, la somnolence, la narcolepsie, l'amnésie, l'aphasie, l'anaphrodisie, les vertiges, les céphalées, les bourdonnements d'oreilles.

Voilà donc les symptômes signaux qui nous avertiront que nous avons atteint la dose suffisante.

Que ferons-nous pour combattre alors ces accidents et rendre cette dose suffisante tolérable ?

Les antiseptiques intestinaux ont donné entre les mains de M. FÉRÉ d'excellents résultats. J'y ai toujours eu recours avec efficacité. Je conseille dans ce but à mes malades de prendre à chacun des deux principaux repas un des cachets suivants :

Naphtol  $\beta$  . . . . . 0,25 centigrammes

Salol . . . . . 0,25 centigrammes

Benzoate de soude. 0,50 centigrammes

ou encore :

Naphtol  $\beta$ . ou Benzonaphtol . 0,25 centigrammes

Salol ou Salicylate de Bismuth 0,50 centigrammes

Résorcine . . . . . 0,25 centigrammes

Pour aider à l'antiseptie intestinale on doit aussi conseiller aux malades de boire au moins un litre de

lait chaque jour, et de un verre d'eau de Pull

On veillera soigner la bouche et de la peau. F se servir de thymol ou chaux à 0,20 %.

Pour la peau, rien que les grands bains faut avoir soin de ne s'exposerait à provoquer que quelqu'un doit ti aux bains.

Contre l'acné bromique cataplasmes d'amidon quées ou phéniquées.

Contre les accidents che froide en jet brisé corps, sauf la tête.

Telles sont, dans leu qui doivent présider à lepsie par les bromures autres médications.

## II. AUTRE

Tous les **antispas** dans le traitement du pour mémoire les inf pivoine, de menthe, Personne, à l'heure ac user d'une telle médic Le camphre, précon son actif quelques cure employé par cet auteur de potassium.

L'éther n'a jamais d et ce reproche s'adress

CRIGHTON-BROWN a d'amyle, WILDERMUTH JABROWITZ, JOLLIS. L't très rares cas heureux ces médicaments.

L'opium *seul* ne don l'épilepsie. J'ai vu, e malades soumis à la pendant la phase opi nombre de crises qu dose quotidienne de d'opium.

à FABIVS COLUMNA, ON  
l'épilepsie, la valériane

valériane aux doses  
10 à 1, 2, 4 grammes.  
association belladone-  
résultat est le même  
ns l'immense majorité

anates. Le valérianate  
si excellents résultats  
s hystériques, échoue

mmoniacaux, de l'assa-  
storeum et du datura !  
nteste aujourd'hui. La  
si pendant longtemps  
autorité de TROUSSEAU.  
élas ! où cette médica-  
peut y avoir recours  
Le mieux en ce cas est  
SSEAU Les pilules for-  
sent comme suit :

),01 centigramme.

tidienne de une pilule  
chaque mois. L'orga-  
médicament et il n'est  
ujets qui prennent de  
. On diminue progres-  
nélioration.

aient encore le sulfate  
mais ces médicaments  
belladone. Les repro-  
on sont assez impor-

énorme pour obtenir  
erte de temps quelque-

is inconstante : quatre  
légères sur quarante-

on. En effet, si la tolé-  
rquable, il ne faut pas  
lion morale, d'un traus-  
es accidents peuvent  
rien ne les faisait pré-

La médication belladonnée ne saurait être comparée à la médication bromurée. Lorsque celle-ci a échoué on est autorisé à employer la belladone et dans quelques cas on peut enregistrer des succès, j'en ai eu récemment un exemple à ma consultation du Dispensaire.

La solanine, lancée par GENEUIL, ne mérite pas d'être retenue. J'en dirai autant du sulfate de Duboisine; du cotylédon umbilicus, du rhus aromatica, de la véralrine.

Les sels de zinc (lactate et oxyde) comptent quelques rares succès. Jamais cependant on n'a publié de statistique aussi favorable que celle de HENPIN, qui, sur trente-six malades prenant de un à cinq grammes par jour d'oxyde de zinc, compte 28 guérisons ! On ne saurait nier néanmoins que l'oxyde de zinc donne seul, ou associé au bromure, des améliorations. Tout récemment encore j'ai essayé chez un jeune homme de quinze ans, rebelle au bromure, des doses progressivement croissantes de 0,40 centigrammes à quatre grammes d'un mélange de lactate et d'oxyde de zinc à parties égales : depuis, l'amélioration est considérable, mais sera-t-elle persistante ? L'avenir nous l'apprendra.

Je passe sous silence les sels d'étain, de cuivre et d'argent. Le nitrate d'argent n'a jamais guéri qu'un aide-de-camp de Louis-Philippe, encore n'est-il pas sûr qu'il se soit agi en ce cas d'une épilepsie vraie ! Passons encore sous silence le nitrite de sodium, le simulo, le curare, le sulfonal et le trional, l'antipyrine et le sulfate de quinine : de la lecture des observations et des critiques qu'on leur a faites se dégage cette conclusion que ce sont là méthodes à oublier.

Le borax a eu, lui aussi, son heure de célébrité ! Ses partisans n'ont apporté que des résultats incomplets ou défectueusement observés. Tout au contraire, FÉRÉ, sur 122 cas, a eu 85 échecs ; 24 améliorations douteuses et 13 améliorations. Quelle différence avec nos statistiques obtenues par la médication bromurée.

A côté de cette inconstance de résultats, mettons la fréquence et la gravité des accidents de borisme (diarrhées, vomissements, eczéma, alopecie, cachexie) et concluons au rejet de cette médication.

La picrotoxine et la coque du Levant ont donné à PLANAT 16 guérisons, mais que d'insuccès leur doit-on ?

Un bon nombre d'auteurs ont prôné la résection crânienne dans le traitement de l'épilepsie. Dans ce but, on a eu recours à l'acupuncture, aux cautères.

aux vésicatoires appliqués sur le cuir chevelu ou sur les mastoïdes, aux frictions stibiées, au croton tiglium, aux pointes de feu sur le crâne ; personnellement, je n'ai jamais vu, depuis dix ans bientôt, une seule amélioration due à ces procédés.

D'autres, convaincus du rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des paroxysmes épileptiques, ont recommandé l'antiseptisme intestinal. Dans ce but, on a soumis les malades au régime lacté absolu, à la diète hydrique, aux purgatifs répétés, aux antiseptiques intestinaux. J'ai, dans ce but, essayé chez trois malades le lavage de l'estomac combiné à l'entéro-clyse, je n'ai jamais eu la moindre amélioration. Comme antiseptiques intestinaux, j'ai employé, sans succès, l'acide lactique, le naphthol et le benzonaphthol, le salol et le salicylate, la résorcine, seuls ou associés.

On a encore pensé (l'épilepsie étant due, croyait-on, à une hyperémie cérébrale) à employer les vaso-constricteurs : l'ergot de seigle et son alcaloïde, l'hamamelis et son principe actif n'ont donné que des résultats négatifs, quoi qu'en ait dit le professeur LÉPINE.

Peut-être est-ce à cette propriété qu'on a songé en employant l'ipéca. C.-K. BOND en 1898 avait traité avec succès une épileptique du service du docteur A. EDORVES. J'ai employé cette médication chez cinq malades du Dispensaire. Imitant le docteur BOND, j'ai eu recours au vin d'ipéca du Codex anglais et j'en donnais de X à XI gouttes trois fois par jour.

Je n'ai obtenu aucune amélioration et j'ai abandonné cette méthode.

Je ne cite que pour mémoire les dérivés comme les sternutatoires préconisés par TAXILL et LAYCOCK : on n'y a plus recours de nos jours.

J'aborde maintenant la question du traitement électrique de l'épilepsie. Depuis longtemps déjà on l'a recommandé. ALTHAUS employait la galvanisation du sympathique et celle des apophyses mastoïdes, ERB les courants obliques ou longitudinaux à travers la tête, FISCHER et ROCKWELL la faradisation générale, SCHECELLI la faradisation du corps thyroïde, NIEMEYER la galvanisation du corps thyroïde. Je ne sache pas qu'il existe une seule observation authentique et probante de mal comitial guéri par la seule électrothérapie. Nous n'avons donc jamais recours au seul traitement électrique dans l'épilepsie.

Les interventions chirurgicales ont été tentées contre l'épilepsie. LAWSON TAIT n'hésitait pas à castrer les

épileptiques : cela ne lui donna pas plus de résultats que la clitoridectomie n'en donna à BAKER-BROWN. Les Américains et FLEURY ont vanté la circoncision et ses effets sur les paroxysmes épileptiques. J'ai vu pratiquer cette opération sur quelques malades du service du professeur PITRES et cela sans aucun succès.

— Et du reste comment veut-on que la circoncision agisse alors qu'on ne trouve pas de phimosis ? Dans les cas où elle a réussi il faut admettre qu'il s'agissait d'épilepsie réflexe et non pas essentielle.

Je ne m'arrêterais pas aux diverses opérations tentées contre l'épilepsie : ligature des carotides, des vertébrales, des faciales, trachéotomies, ayant hâte d'aborder l'étude de la sympathiquectomie, tout récemment vantée contre le mal comitial. ALEXANDER, puis JONNESCO, JABOULAY, ont eu recours à cette intervention, réséquant ou extirpant des portions plus ou moins longues du grand sympathique.

CHIPAULT plus récemment est revenu sur ces faits. Que doit-on penser de cette intervention ?

D'abord, il n'existe pas, que je sache, de statistique très favorable. Sur dix-huit malades, CHIPAULT a eu dix échecs et cinq améliorations. N'oublions pas cependant que cet auteur use concurremment du bromure et qu'en conséquence il est bien difficile de se faire une opinion exacte. DÉJÉRINE, FÉRÉ, FOQUES, pensent que la sympathiquectomie est sans effet aucun sur le mal comitial, tout au contraire elle semble l'aggraver, ce qui est plus sérieux.

Expérimentalement du reste, on n'a jamais rien obtenu de la sympathiquectomie préventive ou curative dans l'épilepsie provoquée (LABORDE).

Enfin cette opération est loin d'être bénigne. On observe après elle cliniquement ou expérimentalement de l'hémiatrophie faciale (DUPUY), de l'atrophie musculaire (GLEYS), des troubles cardiaques (LABORDE), de l'hémiatrophie des circonvolutions cérébrales (DUPUY).

Les améliorations signalées à la suite de cette intervention nous semblent d'autre part essentiellement passagères. Ne sait-on pas enfin que tout traumatisme accidentel ou opératoire amène une sédation des paroxysmes plus ou moins prolongée ?

Pour toutes ces raisons, la sympathiquectomie ne nous semble pas avoir droit de cité parmi les traitements du mal comitial.

J'en dirais autant des trépanations et de la craniectomie. J'ai vu faire dans le temps cette opération dans

aud (de Bordeaux) et bien brillants. Je ne puis oublier des statistiques

*donne donc rien dans elle.*

des théoriques divers on a vu des variées.

la vaccination anti-

l'effet sédatif de chez des épileptiques, le sérum antistrep-tococcique momentané. J'ai vu un antitétanique aux épileptiques, sans aucun résultat thérapeutique : suc testiculaire nous ont jamais rien

un artificiel en injections sans résultats bien évidents, quatre fois de suite, à la malocatharsise, mais

les médications empiriques : d'abuser de la cré-

re thérapeutique que l'on a vu du mal comitial. Potassium à doses con-

es bromures associés avec des opium, digitale, j'ai vu de la belladone, et d'autres substances.

la vie de l'épileptique : les questions qui se posent sont, mariage, inter-

ce sujet, aussi serait-

ein air, son existence de. Il devra fuir tout alcool, elle consistera de beaucoup préférable devra rigoureusement ; ceux-ci, en effet,

réveillent les paroxysmes. Les malades devront fuir l'atmosphère des cafés comme aussi celle des théâtres et des concerts : c'est en effet dans ces lieux de réunion que les accès sont de beaucoup les plus fréquents.

Tout surmenage, soit physique, soit intellectuel devra être rigoureusement interdit.

En un mot la vie de l'épileptique doit être aussi calme que possible.

Les effets de l'hydrothérapie dans le mal comitial sont extrêmement variables. Certains en éprouvent avantage, d'autres, au contraire, n'en obtiennent que de mauvais résultats ; un tel se trouve bien des bains froids, un autre des bains chauds. D'une façon générale pas de bains de mer, surtout sans surveillance. La douche froide au jet brisé sur tout le corps, sauf la tête, donne parfois de très bons résultats. Les bains tièdes sont ordinairement bien tolérés : les bains très chauds sont à rejeter. En un mot n'avoir recours à l'hydrothérapie qu'avec prudence et en tenant compte des susceptibilités individuelles.

On est souvent consulté au sujet de la profession que peuvent embrasser les épileptiques. Il faut rigoureusement interdire les professions où les malades peuvent être exposés à des accidents : marin, charpentier, menuisier, peintre, mécanicien, etc. . . N'oublions pas en effet que l'accès saisit brusquement le patient alors que rien ne l'en avertit, la chute brusque en est la conséquence. J'ai souvenir d'un jeune sujet amené à la consultation du professeur PIRAZ, par sa mère, qui nous demandait si elle pouvait faire de son fils un marin. Malgré notre avis, elle l'embarqua comme pilotin. Six mois après, brusquement frappé par une attaque, dans la mâture, il tomba sur le pont et se tua net.

La profession la moins exposée est celle que doit choisir l'épileptique : à ce titre on peut recommander la bureaucratie ou des fonctions sédentaires analogues.

Souvent aussi l'on est consulté au sujet du mariage des épileptiques. Ici l'embarras est fort grand. D'une part, en effet, nous savons que l'épilepsie n'est pas fatalement transmissible des parents aux enfants : il semble même que l'hérédité directe soit beaucoup plus rare qu'on ne le pensait jadis. D'autre part cependant l'épileptique est parfois un incurable et qui transmet à sa descendance des états névropathiques très divers. Nous savons enfin que les rapports sexuels sont ordinairement néfastes aux épileptiques dont ils réveillent les accès.

L'hésitation est donc permise et c'est affaire d'appréciation personnelle variant avec l'individu en cause et les parties contractantes. Il ne faut pas être absolu et ne pas défendre systématiquement le mariage aux épileptiques.

Enfin on a discuté et l'on discute encore sur la nécessité de l'internement des malades atteints du mal comitial. Ici encore pas d'absolutisme; pas de séquestration. L'internement ne saurait être imposé que dans des cas parfaitement déterminés (états psychiques, impulsions, etc...). Et encore dans l'immense majorité des cas faudrait-il un internement autre que celui qui se trouve actuellement à notre disposition. Les conditions qu'il devra remplir ont été exposés tout au long par M. VIGOUROUX, dans un article de la *Presse médicale*. J'y renvoie le lecteur.

Nous ne sommes donc point impuissants contre le morbus sacer. A nous de soigneusement appliquer les méthodes thérapeutiques que je viens d'exposer. En le faisant nous serons sûr d'éviter un échec dont nous serions la seule cause.

## Analyses de Mémoires français & étrangers

### Résumé du Rapport de la Commission internationale de Porto, sur la prophylaxie et le traitement de la peste bubonique.

La commission nommée par arrêté du Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, avec le concours des médecins étrangers, présents à Oporto, a entrepris des expériences en vue de déterminer la valeur préventive et thérapeutique du sérum antipesteux, de l'Institut Pasteur, de Paris, et la valeur préventive des divers liquides de cultures vaccinales, préparés d'après la méthode de Ferran-Haffkine.

Les expériences effectuées par la Commission ont d'abord porté sur le sérum antipesteux, afin de déterminer son action préventive sur des souris et sur des singes. Les souris, inoculées préventivement avec 0<sup>cc</sup>.02 de sérum et les singes avec 2<sup>cc</sup>., résistent définitivement si on leur inocule, 24 ou 48 heures après le sérum, une dose de virus pesteux, mortelle en 36 heures pour les souris, et en moins de 5 jours pour les singes.

En ce qui concerne les expériences de thérapeutique, la Commission a constaté que les souris inoculées avec une dose de culture mortelle en 36 heures et traitées jusqu'à 14 heures après l'infection par 0<sup>cc</sup> 25 de sérum injecté sous la peau, résistent définitivement.

En se basant sur les expériences de laboratoire et sur

les applications de la Commission, son action a été évaluée et de la peste, pneumonie, tuméfaction, duire le sérum.

Dans les peaux 20<sup>cc</sup>. de sérum, température.

En ce qui concerne la mission a du sérum, nité solide.

La vaccine chauffée à 7 nité plus s'établit qu'une méthode.

par ce procédé ainsi que l'on a pu constater qu'il faut être évité et de culture, une immunité jusqu'à ce que les cultures chauffées sement l'i.

Dans l'application du sérum, le sérum a été chauffée.

La Commission a constaté que les adultes sérum an suivie, 2 ture vaccinité de culture d'une injection.

La vaccine des doses.

Les mesures accompagnées, taminés.

La Commission a constaté que l'épidémie se compose.

Ricordeville de P





topics astringens et corroborans, la chaleur par réfrigératifs, la douleur par anodyns. Puis faut divertir le cours de l'humeur par voyes revulsives et derivatives, et tirer dehors la matière par resolutifs, attractifs, remollitifs ou par suppurations, en faisant ouverture de la tumeur avec ferremens ou cautères actuels, ou potentiels.

**DES PLAYES ET ULCERES.** — *Playe* est une solution de continuité récente, sanglante et sans pourriture, faite en partie molle par cause externe.

La playe est superficielle ou profonde. La playe superficielle, d'elle même est connue par les sens. Mais il est besoin en celle qui penetre au creux, de signes démonstratifs pour connoître et decouvrir quelle partie est navrée au dedans.

Si le cerveau ou les meninges sont navrées, le sang sort par le nez, à d'aucuns aussi par les oreilles. Quand la playe donne dedans le creux de la poitrine en halenant, le vent se jette hors par la playe, ou versant de la poudre d'aloës, de myrrhe ou d'aristoloche, l'amertume monte aussi tost jusqu'à la bouche.

*Ulcere* est une solution d'unité invétérée faite en partie molle par erosion. Pour sçavoir s'il y a ulcere dans le corps il faut considérer les excremens qui en sortent, comme pus, sanie, sang, morceaux de tunique, de veine, artere, cartilage, caruncules, escaille, excrescence qui s'engendre sur l'ulcere.

**Suture des playes.** — Il y a plusieurs sortes de cousture différentes, selon le naturel du patient, la qualité de la playe, etc. Il y a la cousture sèche, la cousture entre coupée, serrée, empennée et continue. Pour faire la cousture sèche il faut premièrement prendre deux morceaux d'un fort linge de figure triangulaire qui seront enduits d'un médicament gluant fait de sarcocolle, mastic, encens, sang de dragon, tolle farine et aubin d'œufs, puis les appliquer un de chaque costé de la playe, et quand ils seront attachez fermement à la peau, sans toucher aucunement au corps, il faut coudre et serrer les bords des drapelets collez sur la peau, afin que les lèvres de la playe se joignent. Cette sorte de suture est gentille.

**FRACTURES ET LUXATIONS.** — *Fracture* est une solution de continuité faite en l'os par quelque cause externe qui froisse, brise et escache.

*Luxation* est une cheute de l'article hors de son propre lieu en un estrange, qui empêche le mouvement volontaire.

La fracture est dangereuse quand l'os rompu est grand, ou qu'il est brisé en plusieurs pièces.

Les os fort luxez et esloignez de leur cavité sont plus mal aisez à réduire que ceux qui ne le sont gueres.

Pour guerir les fractures, il faut réduire les pièces de l'os rompu en leur lien, secondement les y maintenir et les faire reprendre et coller ensemble.

Po  
sion  
prop  
la bc  
il le  
banc

—  
appe  
nanc  
loch  
baur  
No  
les f  
titre

Vini  
Litha  
Adipi  
Vitul  
Hydr  
Rana  
Lumil  
Adipi  
Terel  
Succo  
Enul  
Oleu

Et  
surr  
Qua  
que

D  
four  
pro  
les  
pou

D  
mer  
peu  
clys  
rais  
a re

L  
den  
dide  
caté  
et à  
ape  
trou  
con

A  
salt  
pre



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté; Bédard, professeur agrégé de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Cartier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphilitique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale

MM. Deléarde, professeur agrégé de physiologie; Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Kéraval, directeur des études; De Lapersonne, professeur de physiologie; Looten, médecin des Valenciennoises, membre correspondant; Moty, médecin principal; Oul, professeur agrégé, chargé de clinique; Surmont, professeur d'hygiène

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'a

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : La fréquence de la syphilis d'après les travaux de la conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes (Bruxelles, Septembre 1899), par le professeur Charmell. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES; SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD : Séance du 13 octobre 1899. — ANCRÉOLOGIE CHIRURGICALE. — NOUVELLES ET INFORMATIONS — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

## La fréquence de la syphilis

d'après les travaux de la conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes (Bruxelles, Septembre 1899).

par le Professeur Charmell.

Le 4 septembre 1899 s'est réunie, à Bruxelles, une conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes.

Les membres de cette conférence se composaient de délégués de presque tous les gouvernements (1) et de membres participants, appartenant pour la plupart au monde médical. Des administrateurs, des jurisconsultes s'étaient joints en certain nombre aux Médecins.

La préoccupation qui avait guidé l'initiateur de la conférence, le Dr DUBOIS-HAVENITH, et les membres du comité d'organisation qui s'étaient groupés autour de lui se révèle dans le programme même de la con-

férence, qui a trouvé posées les questions suivantes :

I. — Les systèmes de réglementation en vigueur ont-ils eu une influence sur la dissémination de la syphilis?

II. — L'organisation administrative de la prostitution a-t-elle une influence sur la dissémination de la syphilis?

III. — Si on se place à un point de vue médical, y a-t-il des causes de tolérance ou d'aggravation de la syphilis?

IV. — L'organisation de la prostitution est-elle susceptible d'être modifiée?

V. — Par quelles mesures peut-on arriver à diminuer le nombre des personnes atteintes de syphilis?

VI. — Abstraction faite de la prostitution, quelles mesures de prophylaxie peut-on prendre pour lutter efficacement contre la dissémination de la syphilis?

On le voit, il s'agissait de « d'étudier les multiples causes de la prostitution » en tant que « dissémination de la syphilis ». De l'échange des vues dans le monde entier, de mesures administratives et dans les différents pays, de

(1) La délégation française se composait de MM. FOURNIER, président, BROUARD, CHATELAIN, HALLOPEAU, CHARMELL, CARTIER, AUFFRET, BARTHÉLEMY, BROUSSE, DAVESNE, SEMBLAN, HONNORAT, BALZER, DU CASTEL, DANLOS, BOURGES, CHAUVEL et ALVERNET.

c de la question permettant prophylaxie efficace.

ces six questions avait été teurs pour chacune d'elles. tète basée sur un question- istituée, en ce qui concerne ilis et des maladies véné- s pays. Cette enquête a été spécialement désignés par

quelque sorte tout ce travail à atteindre, il avait été e la science, les professeurs, une étude sur le danger sur le danger social de la

ents ainsi rassemblés est comporte pas moins de deux de pages chacun; ils ont res de la conférence avant nt servi de base, en quelque

, des documents publiés et s, les données qui nous ser le plus les lecteurs de : astreindre à suivre pas à conférence. Aujourd'hui, us occuper de la fréquence différents pays, dans les es, en laissant de côté la question qui mé. ite à elle re.

philis est une maladie très uelles proportions, et des écises peuvent-elles être autres termes, que peuvent nous aurons à citer tout à

se pose au seuil même de s bien obligé de répondre expresses sur la valeur des étention de vouloir donner on de la syphilis.

personne, et pour une foule ons devoir passer en revue

numériques précises sur la

fréquence d'une maladie, il est nécessaire que le médecin, à défaut d'une observation directe de tous les cas, puisse faire fond sur les renseignements qui lui seront fournis par les personnes qu'il interrogera. Or, dans l'espèce, ces renseignements sont viciés par une double cause : 1° de très bonne foi, nombre de gens qui ont eu la vérole l'ignorent et répondent par une négation à l'enquête médicale ; 2° en vertu des préjugés qui veut que les affections vénériennes soient réputées « Maladies honteuses », nombre de syphilitiques, interrogés sur leurs antécédents spécifiques, répugnent à un aveu. Ces deux points méritent que nous nous y arrêtions un instant.

Il peut paraître, au premier abord, extraordinaire que l'on puisse avoir eu la syphilis et l'ignorer complètement. Ces cas sont pourtant d'observation absolument journalière : à chaque instant, en quelque sorte dans les consultations spéciales, l'on voit se présenter des malades affectés de manifestations syphilitiques typiques appartenant aux stades reculés de la maladie et chez lesquels les anamnétiques sont absolument muets sur les premières manifestations spécifiques. Citons, à ce sujet, un travail récent d'un interne des hôpitaux de Lyon (1). L'auteur a recueilli, à l'hospice de l'Antiquaille, cent observations de femmes, présentant des lésions tertiaires absolument typiques ayant toutes subi le contrôle du traitement spécifique. Eh bien, chez ces cent femmes, trente-deux seulement offraient des antécédents spécifiques nets (chancre et accidents secondaires). Chez seize autres, il n'a été relevé aucun symptôme syphilitique antérieur, mais des fausses couches, des enfants morts sans cause dans la première enfance, qui, pour un observateur sagace, permettaient, en dehors des accidents tertiaires constatés, de soupçonner fortement la syphilis. Quarante-quatre des malades avaient un passé en apparence absolument vierge de tout antécédent spécifique : rien dans leur interrogatoire qui rappelle de près ou de loin la syphilis. Enfin, dans neuf cas, on notait, à une certaine période de l'existence de la maladie, de la céphalée ou un peu de chute des cheveux, ou encore une fausse couche isolée, mais en somme rien de caractéristique.

En résumé, chez ces cent femmes interrogées un mois, par exemple, avant l'apparition de l'accident tertiaire, témoin irrécusable de la syphilis, on aurait conclu au moins 52 fois à la non existence de celle-ci.

(1) VIANNAT. *Annales de dermatologie et syphilis*, 1898.

les antécédents certains ne se rencontrent que dans un tiers des cas à peine.

Ces antécédents, ce sont généralement des symptômes secondaires. Sur les 100 observations de VIANNAY, l'accident primitif n'est noté que deux fois ! 98 fois, il a passé inaperçu ou son souvenir s'est effacé de la mémoire des malades.

Les chiffres de VIANNAY, si imprévus qu'ils soient a priori, ont leur pendant dans d'autres travaux : dans une série de 36 cas de gommages du voile du palais, les antécédents faisaient défaut dans une proportion de 56 pour 100 (FOURNIER). — 148 cas de syphilis tertiaire chez la femme, observés à l'hôpital Saint-Louis, ne révèlent des antécédents que 48 fois sur 100 (Thèse de JUMON).

Que conclure de pareils chiffres, sinon à l'impossibilité de faire une statistique de la syphilis, au moins chez la femme ?

Et remarquons encore que ces observations ont été recueillies dans une grande ville, à Lyon ou à Paris, là où la connaissance de la syphilis a pu pénétrer même dans le milieu féminin. Que serait-ce dans un autre milieu moins bien informé !

Il est juste de faire remarquer que dans les statistiques que nous venons de citer, il n'est pas fait mention de la profession des malades : il n'est pas douteux que les prostituées, par exemple, ont une connaissance théorique de la syphilis qui la rend plus malaisément insoupçonnée chez elles que chez les « femmes honnêtes ». C'est évidemment là le motif qui fait que dans d'autres statistiques, où l'on peut supposer que l'élément « prostitution » est plus largement représenté, on ne constate pas une méconnaissance aussi fréquente de la syphilis. Ainsi le professeur FOURNIER, dans son traité récent (1899), sur 395 accidents tertiaires rencontrés chez la femme, ne note que 18 pour 100 de syphilis ignorées.

Il est tout naturel que l'homme soit infiniment mieux renseigné sur ses antécédents spécifiques que la femme : la conformation de ses organes génitaux rend plus malaisément inaperçu un accident primitif. D'autre part, il sait d'avance, dans la plupart des cas, en quoi consistent « en gros » les affections vénériennes, et quand il s'expose à une contamination, il sait ce qu'il pourra lui en cuire. Il n'en est pas de même chez la femme. Par conséquent nous ne nous étonnerons pas si les syphilis ignorées masculines sont sinon

rare, du moins beaucoup plus rares que les syphilis féminines.

Nous devons mentionner une catégorie d'individus à laquelle qu'ils n'ont jamais eu de maladie vénérienne qu'un. Lorsqu'on leur fait une petite pointe de fièvre, mais je l'ai eue si souvent, j'ai échappé à la contagion, démontrant l'apparentement.

Voici les chiffres de FOURNIER : sur 100 observés chez l'homme, 100 « ignorées », soit 100 cas. Il serait intéressant de la clientèle dans cette série, tant le cabinet du médecin que le coup moins méconnu.

Pour notre part, les chiffres, serait qu'il y a notablement plus de syphilis que l'indique la statistique. Parlons de la classe de cette première série, des syphilis ignorées.

La seconde cause figure dans des statistiques impossibles et, par conséquent, maintes fois de syphilis qu'elles ont et dans des conditions, tel ce notablement soignée par FOURNIER : son médecin essaie de lui arracher, beau lui déclarer « pour lui en parvenant facilement le guérir ce genre. » Ses données ont le tort de ne pas être spécifiques : plus tard, voir FOURNIER, en état de

c'est que le malheureux pût savoir qu'il

lénégations, quand la  
mbien plus souvent, à  
dissimulations quand  
à telle personne, non  
nent approprié, mais  
les syphilitiques dans

é des statistiques se  
de ville, là où l'ancien  
ii, de la discrétion de  
vent le médecin de la  
le fait nous est arrivé  
reille dissimulation à  
sieurs interrogatoires,  
e à tête, qu'on finit par

lès l'abord, ces causes  
e la fréquence de la  
e qu'elles subsisteront  
s bases adoptées pour  
e sérieuse.

recueillies les données  
ilises?

lis, considérée comme  
onnaissance intéresse  
à la déclaration obli-  
rance la diphtérie, les  
surement si les méde-  
ctement aux prescrip-  
source infiniment pré-  
ais en fait, dans les  
est fait expressément  
liance qu'il est prudent  
ormations.

ration obligatoire, des  
xtension de la syphilis  
hospitalières des ser-  
aussi bien les admis-  
nent des consultations

its ne peut donner que  
on pas absolues : en  
apport qui existe entre  
al d'une agglomération  
nnent demander l'hos-

pitalisation ou des consultations est à peu près constant, à condition, bien entendu, que ces moyens d'assistance restent les mêmes dans la période considérée : les oscillations de la morbidité totale seront parallèles à celles de la morbidité constatée à l'hôpital. Mais quel est ce rapport? Il n'est connu et ne peut être connu nulle part et dépend évidemment des habitudes de la population considérée, qui aura plus ou moins volontiers recours à l'assistance qui lui est offerte.

Ici nous touchons à un point de première importance : toute statistique concernant la syphilis n'a de valeur que pour le milieu où elle a été recueillie. Il n'est peut-être pas en effet de maladie aussi inégalement répartie. Ce n'est que par la considération des chiffres donnés pour chaque agglomération que l'on aura une idée du degré de fréquence de l'affection. Il faut donc résolument abandonner le système des moyennes : donnons immédiatement deux exemples typiques. En Serbie, où, grâce à la déclaration, on possède une statistique générale de la syphilis par rapport à la population totale, nous voyons, dans l'enquête du Dr MILITCHEVITCH, que le district de Soko-Banju compte 118 syphilitiques pour 1.000 habitants, tandis que dans la ville de Belgrade il n'en existerait que 2,9 pour 1.000 ; et que dans d'autres districts la morbidité varierait entre un pour 1.000 et même quatre pour 10.000 ! Que signifierait pour toute la Serbie une moyenne qui ne correspondrait à rien de réel ?

Dans l'armée française, à côté de la morbidité syphilitique modérée (3,7 syphilitiques pour 1.000 en 1895) du 11<sup>e</sup> corps d'armée, nous voyons les corps d'élite, gardes républicains et sapeurs-pompiers de Paris, avoir une morbidité de 16 pour 1.000, soit de plus de quatre fois supérieure ! Là encore le chiffre de morbidité syphilitique moyenne de 7,8 pour 1.000 adopté comme l'expression de la réalité pour l'armée française, devrait faire place à la formule : dans l'armée, la morbidité varie de 16 pour 1.000 (corps d'élite à Paris) à 3,7 pour 1.000 (corps d'armée de Nantes), et même devient nulle, dans certaines garnisons (Tulle, Guéret, Saint-Nazaire, etc., etc.).

Indépendamment des sources de renseignements constituées soit par la déclaration obligatoire ou la considération des services spéciaux (entrants et consultants), certains auteurs ont pu établir leurs chiffres en allant interroger sur leurs antécédents un grou-

pement déterminé d'individus. C'est ainsi que le Dr FOURNIER et le Dr LENOIR sont allés porter leurs investigations dans les services hospitaliers non particulièrement affectés au traitement des affections vénériennes, et se sont astreints à interroger tous les malades hospitalisés. Si la population hospitalière des services généraux peut être considérée comme un échantillon de la population ouvrière en masse, on aurait évidemment, par une simple proportion, le nombre approximatif des syphilitiques parisiens.

Cette méthode, elle aussi, est passible d'une grave objection : les malades qui fréquentent les hôpitaux appartiennent pour la majeure partie au monde des gens sans famille et célibataires, qui, de ce chef, portés à satisfaire leurs besoins génésiques au dehors, sont assurément plus exposés à contracter la syphilis.

A Paris, le préjugé contre l'hôpital, bien que moins répandu que dans d'autres milieux, n'en subsiste pas moins, et les gens mariés, établis, ayant devant eux quelques ressources, préfèrent généralement se faire soigner à domicile. On conçoit que, de ce chef, les résultats obtenus dans pareille enquête ne peuvent avoir qu'une valeur encore relative.

On le voit, jusqu'à présent, nous nous trouvons en face de méthodes statistiques qui, toutes, laissent à désirer, soit dans leur application, comme la déclaration obligatoire, soit dans leur essence même.

Serons-nous plus heureux en nous adressant à un groupement particulièrement homogène qui semble, plus que tout autre, apte à fournir les résultats les plus exacts, nous voulons parler de l'armée considérée dans les différents pays. De fait, les statistiques militaires prédominent dans les enquêtes, si l'on fait abstraction des statistiques concernant les prostituées.

Ces statistiques sont-elles aussi susceptibles de provoquer plus d'une objection : contentons-nous de formuler celle-ci sur laquelle WOLFF et AUGAGNEUR ont appelé l'attention : vous voulez, disent-ils, conclure de la fréquence des accidents syphilitiques contractés au service à la fréquence dans la population civile de la syphilis, de l'agglomération considérée. Mais l'absence de contamination chez les militaires peut provenir d'une double cause : ou bien le milieu n'est pas infectant et ils restent indemnes parce qu'ils n'ont pas, en quelque sorte, la syphilis à leur portée. Ou bien ils ne s'infectent plus parce qu'ils ont déjà été infectés. Autrement dit, un contingent provenant de contrées profondément syphilitisées et déjà vacciné par

une contamination antérieure, présentera évidemment un pourcentage de syphilis récentes, toutes choses égales d'ailleurs, moindre qu'un contingent rural, par exemple, à peu près indemne de syphilis antérieure.

Nous tenions à exposer en détail tous les points sur lesquels nous avons insisté, car ils permettent de mesurer la difficulté d'établir une statistique satisfaisante de la syphilis et d'expliquer la pauvreté réelle des résultats positifs que nous allons maintenant passer en revue.

Mais nous tenons encore à insister une fois sur ce point que les chiffres donnés ne sont applicables qu'au groupement considéré et qu'on ne saurait en aucune mesure généraliser, par exemple, pour la France, les observations faites à Paris, Lyon ou Lille.

Enfin, nous terminerons ces considérations générales en énumérant brièvement les causes de dissémination relativement récente de la syphilis dans les milieux ruraux restés presque totalement indemnes jusqu'à ces temps derniers : le facteur indiscutablement prééminent consiste dans le service militaire obligatoire, et dans les périodes d'instruction imposées aux hommes de la réserve et de l'armée territoriale. Que l'on songe que, chaque année, d'après BURLEREAUX, il se contracte dans l'armée 4,355 cas de syphilis (chiffre de 1895), qu'avec les conditions du service actuelles les hommes ainsi infectés sont rendus à leurs foyers en moyenne moins de deux ans après la contamination, c'est-à-dire en pleine période contagieuse, et cela, sans compter les permissions qu'ils obtiennent au cours de leur service et on ne s'étonnera plus de l'importance majeure de ce facteur dans la dissémination de la syphilis !

Les périodes d'instruction des réservistes et des territoriaux ont une influence peut-être aussi nocive, en ce sens que la majorité de ces hommes sont établis et mariés : quand, ce qui n'est que trop fréquent, ils rapportent chez eux la syphilis, après leurs 28 ou 43 jours, ce sont leurs femmes et parfois leurs enfants qui paient la rançon des écarts auxquels ils se sont livrés. C'est indiscutablement aujourd'hui peut-être la source la plus abondante de la « syphilis insontium ».

A côté du service militaire, nous signalerons comme facteurs actifs de dissémination syphilitique, la facilité des communications qui permet, par exemple, aux femmes qui vont servir en ville comme domestiques, comme serveuses, etc., etc., et qui n'y contractent que trop souvent la vérole, de revenir fré-



et qui propagent sont atteintes. où la vendange, es de l'année des tés, la syphilis agation.

c. — Il n'existe bre des syphili- s seules données glomérations, en

répandue, mais nt : « Pour cer- abitants auraient ifestations de la

la syphilis et la , sur 1.130.000 ques, et que sur aurait deux fois r une population 450.000 syphili- i 20 pour 100.

contracte annuel- lis.

nquête sur leurs mes) hospitalisés ne ou de chirurg- 00.

ent une enquête

s à son examen, philitiques avérés non certains. La ou de un malade st certaine et de la syphilis a été

bservés dans les els l'examen a été itiques avérés et syphilis certaines ment 2 sur 15 et

blement la même

.. listique en déclai- qu'il a pu recuei-

lir à l'hôpital dans un service de médecine générale, le pourcentage serait d'environ 16 p. 100 dans la population indigente.

Tels sont les chiffres qui ont été avancés pour établir le bilan de la dissémination de la syphilis à Paris : nos longues considérations préliminaires nous épargneront de les discuter.

Paris est la seule ville de France où l'on se soit cru autorisé à risquer une appréciation sur la fréquence absolue de la syphilis. Dans les autres villes principales, les enquêtes se sont contentées d'insister sur les fluctuations de la syphilis.

A Lyon, AUGAGNEUR note que la morbidité vénérienne, sans séparer ce qui concerne la syphilis des autres maladies vénériennes, subit d'assez importantes fluctuations : la proportion des vénériens hospitalisés par 1,000 habitants oscille (chiffres extrêmes) entre 2,24 et 1,23 ; pour les trois dernières années elle a été respectivement : 1,50, 1,48, 1,62 pour mille.

A Toulouse, AUDRY, sans fournir de chiffres, déclare : « Je ne crois pas que la syphilis soit en progression. »

A Marseille, Bordeaux, Lille, il n'existe pas de documents permettant non-seulement de donner un pourcentage exact de la syphilis, mais même des notions sur les fluctuations de l'infection. La multiplicité des consultations externes gratuites ne permet pas, en particulier à Lille, de donner une impression en connaissance de cause, les oscillations dans le nombre de malades qui viennent demander des soins à la consultation hospitalière, par exemple, pouvant être dues à des fluctuations parallèles de l'infection syphilitique, ou à ce fait qu'à un moment donné les patients se porteront de préférence à telle ou telle consultation.

Quant au mouvement des vénériens dans les salles de l'hôpital, il nous semble beaucoup plus soumis aux variations météorologiques, aux crises industrielles, etc., qu'à l'accroissement ou la diminution des maladies : cela se conçoit aisément ; ce n'est qu'exceptionnellement que la syphilis exige l'alitement. L'immense majorité des syphilitiques peut aller et venir et préférera, si elle consent à subir un traitement, la consultation externe tant que les intempéries ou le manque de travail ne viendra pas la rabattre dans les services spéciaux.

Armée française. — L'armée française, en 1895, dernière année parue de la statistique médicale de l'armée, présentait une morbidité syphilitique de 7,8

pour mille. Cette morbidité, nous l'avons déjà vu, est fort inégalement répartie suivant les régions. La plus forte se rencontre dans la province de Constantine, où elle atteint le chiffre de 21,6 pour mille.

La syphilis n'a pas occasionné moins de 140 000 journées environ d'indisponibilité.

C'est dans leur première année de service que les soldats paient le plus lourd tribut à la syphilis : sur 199.160 jeunes soldats en 1893, 1.648 ont contracté la syphilis, soit une proportion de 8,2 pour mille.

Depuis quelques années le nombre des syphilitiques semble être en décroissance dans l'armée ; la morbidité moyenne en 1894, 1893 et 1892 était respectivement de 8,6, — 9,2, — 9,2 — pour mille, au lieu de 7,8 en 1895.

**Algérie.** — Pas de statistique : la syphilis y est considérée comme très commune d'après l'enquête des D<sup>rs</sup> REY et JULIEN, d'Alger. Le XIX<sup>e</sup> Corps d'armée est le plus syphilitisé de tous.

**Angleterre.** — La lutte contre la syphilis paraît fort peu active en Angleterre : les hôpitaux spéciaux y sont rares, et à Londres, par exemple, avec une population de six millions d'habitants, il n'y aurait que 120 lits réservés aux femmes et 27 aux hommes dans le Lock hospital (D<sup>r</sup> DRYSDALE). Il est vrai que 25.314 individus viennent s'y rendre pour les consultations externes, sans qu'on fasse la distinction entre la syphilis et les autres maladies vénériennes.

Malgré ces conditions fâcheuses, la syphilis serait plutôt en décroissance.

**Armée anglaise.** — L'armée anglaise tient et de beaucoup la tête sous le rapport de la fréquence des maladies vénériennes et de la syphilis : malheureusement les statistiques que nous avons sous les yeux ne donnent que des chiffres globaux concernant toutes les maladies vénériennes, sans envisager à part la syphilis.

Tandis que l'armée française comptait, en 1893, 37,5 affections vénériennes pour 1.000 hommes, l'armée anglaise n'en comptait pas moins de 174, soit près de cinq fois plus ! Il est juste d'ajouter que la composition des deux armées est dissemblable, l'armée anglaise composée de volontaires professionnels faisant un long service et, par suite, toute différente de l'armée française. Malgré l'élévation des chiffres signalés, l'armée anglaise voit décroître le nombre de

ses vénériens qui ne donnaient pas moins de 275 admissions à l'hôpital sur 1.000

Les chiffres de morbidité vénérienne coloniale anglaise, sont bien l'armée métropolitaine : le co donne 306 admissions hospitalières, en 1897 ; le contingent le contingent indien, 522 ! Signe ce dernier chiffre s'applique aux troupes anglaises des Indes qui admissions à l'hôpital en un an indigènes restent presque abso

**Belgique.** — D'après l'enquête » impossible de fixer pour l » fréquence absolue des malac » blennorrhagie et la syphilis y

**Pays-Bas.** — Le D<sup>r</sup> SELHORE » développement des maladies » litiques dans les grandes v (500.000 habitants), Rotterdam La Haye (200 000 habitants), l répandue dans toutes les class campagnes seraient beaucoup

L'armée néerlandaise métro 1895, année prise pour terme syphilitiques pour 1000 homm ment plus que l'armée françai dité s'est abaissée à 6,5 pour m

L'armée coloniale est beauco affections vénériennes pour m dont seulement 25 syphilitiqu européen considéré à part, 50 s présents.

**Allemagne.** — Il n'existe pas population civile. Nous en son statistique militaire. On a c syphilitiques par mille homme

La syphilis est très inégale différents corps d'armée et dan sons. Nous ne pouvons à ce s volumineux rapport du D<sup>r</sup> BLU

Nous croirions fastidieux de même manière tous les pays que la question intéresserait aux enquêtes de la Conférence

Nous avons voulu, dans cet bien la dissémination de la syph

montrer combien les données  
et combien il serait sou-  
vœu de la conférence :  
vœu de voir dresser la sta-  
tistiques sur des bases uni-  
ys. »

## les Sociétés savantes

**écine** — On sait que les  
z les asphyxiés, doivent être  
ju'à trois heures), si bien que  
lui aussi, par tirer la langue.  
M. LABORDE a inventé des  
n mouvement d'horlogerie,  
permettent de pratiquer mé-  
rythmées. L'essentiel paraît  
ie son petit moteur quand  
l'un noyé ou d'un pendu.

**NE DU DÉPARTEMENT DU NORD**  
3 Octobre 1899

CARLIER, président.

s de la Société, après les  
ui octroie le règlement, n'a  
avait bien des vides parmi  
dèles ont fait mieux que de  
est de règle à la reprise des

malade atteint d'une volu-  
ion postérieure du moignon  
a tumeur est globuleuse et  
nsistance est molle partout,  
sez grande mobilité sur les  
meur est un *myxo-sarcome*,  
vation de la première opé-  
s *L'Écho médical du Nord*  
L. à ce propos, dit quelques  
mbres que les auteurs divi-  
t myxômes encapsulés ; ces  
comme bénins. La chose est  
mais ne l'est plus quand un  
e qui est malheureusement  
nt se surajouter à l'élément  
bi-tologique.

ue le myxôme se développe  
phérie et tend généralement  
rofondes. Cette particularité  
nme une présomption en  
comateuse au moment du

\* **M. Lambret** a déjà, dans une précédente séance, rapporté une observation de fracture de jambe consolidée au 17<sup>me</sup> jour ; pendant ces 17 jours, le malade avait été soumis à la médication thyroïdienne. Depuis, il a donné trois fois la *glande thyroïde dans les fractures récentes* ; une fois avec un insuccès complet, c'était dans une fracture oblique de jambe tout à fait irréductible et qu'il dut traiter par la suture ; la consolidation mit plus de deux mois à se faire ; une deuxième fois le malade ne put être suivi. Enfin le troisième cas est plus intéressant, il s'agit d'un homme qui s'était fait, en tombant d'une hauteur de huit mètres, une fracture de jambe à gauche et une fracture de cuisse à droite. La première fut traitée par l'immobilisation dans un plâtre ; la seconde par l'extension continue. La médication thyroïdienne interrompue dès le premier jour à cause d'une élévation thermique, puis reprise le surlendemain, fut instituée. Le dix-huitième jour, les deux fractures étaient consolidées suffisamment pour qu'on pût lever les appareils ; quelques petits mouvements de latéralité témoignaient de l'élasticité des cals qui étaient énormes. Le 22<sup>e</sup> jour le malade fut autorisé à se lever, mais le soir il se plaignit de douleurs violentes dans le membre inférieur gauche et le lendemain on constatait une phlébite très nette. L'œdème envahit également le membre droit, mais de ce côté on ne trouvait aucun cordon dur et douloureux sur le trajet des veines. Ces troubles retinrent le malade au lit pendant près de deux mois ; aujourd'hui la guérison est parfaite et le malade marche sans aucune boiterie.

Cette observation est donc un cas de consolidation osseuse extra-rapide. Cette consolidation paraît réellement due à l'ingestion de glande thyroïde, mais si la chose est vraie, l'explication est bien difficile à trouver.

La phlébite qui s'est déclarée, apyrétique d'ailleurs, doit-elle nous mettre en garde contre la mobilisation trop rapide des fracturés ? M. LAMBRET ne le pense pas, car le fait n'a jamais été signalé chez les malades traités par la méthode ambulatoire, et on ne le rencontre pas dans les fractures du membre supérieur par exemple, traitées par le massage et la mobilisation précoce.

\* **M. Moty** présente un appendice perforé ayant donné passage à un coprolithe du volume d'une petite olive. Le coprolithe était enkysté dans une masse épiploïque de consistance splénique adhérente à l'origine de l'appendice ; ce dernier adhérait par

son extrémité perforée au péritoine pariétal, tapissant la face abdominale de l'anneau crural ; une distance de quatre à cinq centimètres séparait le corps étranger de la perforation, devenue elle-même extra-péritonéale par l'organisation d'adhérences solides qui ensevelissaient l'appendice.

C'est un nouvel exemple de résistance de l'organisme par la mise en action des moyens dont il dispose : formations d'adhérences, intervention de l'épiploon. Trente-sept jours s'étaient écoulés depuis le début de l'atteinte unique d'appendicite éprouvée par le malade ; on sentait un noyau d'induration dans le flanc droit, mais les accidents aigus avaient disparu depuis trois semaines.

M. Carlier présente une radiographie qui montre très bien la présence de deux calculs dans la vessie d'un enfant, entré récemment dans son service de l'hôpital Saint-Sauveur. Cette radiographie, faite dans le laboratoire de radiographie de M. Doumer, est très nette. On y voit deux calculs de la grosseur d'une noix, accolés l'un à l'autre.

Jusqu'aujourd'hui ce n'est que chez l'enfant que la radiographie permet de constater l'existence d'une pierre dans la vessie ; cela tient au peu de développement du pubis et surtout à ce que la vessie de l'enfant étant moins périnéale, plus abdominale que celle de l'adulte, les calculs ne sont pas masqués par le pubis.

L'opération démontra d'ailleurs l'exactitude de cette radiographie. M. Carlier pratiqua une lithotritie et, malgré leur dureté, le broiement des deux pierres fut fait en douze minutes. Une des pierres mesurait 3 centimètres 2, l'autre 2 centim. 7. L'enfant est aujourd'hui guéri.

## ARCHÉOLOGIE CHIRURGICALE

*Un essai d'Anepale au XVI<sup>e</sup> siècle*

Wissant, ce 27 septembre 1899.

Mon cher Rédacteur en chef,

L'archéologie des vieilles pierres et de vieux tessons, dont je vous ai trop longuement entretenu dans ma première lettre, n'est pas seule intéressante. Celle des textes ne l'est guère moins pour les curieux du passé. Quant à moi, j'ai l'habitude de m'offrir chaque année comme régal, durant ma villégiature maritime, la lecture de quelqu'un de ces anciens livres que tout le monde connaît de nom, mais que personne ne lit plus, submergé que l'on est par l'inondation incessante et croissante du papier imprimé contemporain. Cet automne, j'ai

achevé la lecture de l'an dernier. J'ai collectionné d'œuvres

Tous les médicaments de la ligature des vaisseaux ; Dieux pour la plupar-  
tique, quelle est le monde l'ignorer et ces textes si choses très in-

Par exemple des « plaies de monde croyait cautérisant la l'a certainement résultat de cette thérapeutique »

Dans un recueil, PARÉ ra beaucoup de bl dut panser qu  
» de jaune d'œ  
» ajoute-t il, j.  
» d'avoir cauté  
» mettre la di  
» de grand m  
» trouvay ceu  
» sentir peu d  
» tumeur, aya  
» avoit appliq  
» grande doule  
» Adonc je me  
» lement les p

Théoriquement la sation des plaies pratique barba servait en fait ultérieure trop surfaces traumatisées carapace présente à la pénétration pour être ignoré sous François de PARÉ en pharmacopée les macérations vie, les onguents de benjoin, de zinc ; couperc etc., etc. ; tout

(1) Le voyage

qui étaient microbicides, iséptique que celle de

e, juste d'ailleurs, sur la u, commença de mettre ratifs ou pourrissants », te funeste chirurgie des er plus de deux siècles, et dont nous a délivrés ses adversaires ont bien temps (voir l'*Apologie*), mouraient beaucoup, par le reconnaître l'infection de Rouen surtout, la gea PARÉ à modifier sa e laisser les suppuratifs t (Egyptiac, de l'onguent

alheureuse, qu'AMBROISE rgie de son époque, j'ai 'z BRANTÔME, une petite, sante trouvaille :

rgien qui semble avoir eu des résultats excellents ment des plaies par la es pièces de pansements. Jans son esprit, et je ne ET (ainsi se nommait-il), t toujours, avec un peu e découverte n'est pas , n'a-t-il pas cherché, en ique de textes vagues, à avait été connue d'Hip- ne veux donc pas élever pourtant que cet humble bien un petit souvenir,

ÔME :

M. DE NEMOURS (2), dit 'ogue des chirurgiens de cures. Et chacun alloit à se PARÉ, tant re omme in temps. *Et toutes ses simple linge blanc et arne ou du puy.* Mais irolles charmées, comme : qui l'ont vu qui l'assu- ist d'ALLÈGRE, qui s'en se présenta à feu M. de dont il mourut : Et ga- ce bon prince, religieux main, disant qu'il ayroit

anté militaire régulièrement e ; on était chirurgien aux

mieux mourir que de s'ayder pour guérison d'un tel art diabo- lique, et offenser en cela Dieu (1).

Ailleurs, BRANTÔME confirme la chose :

M. DE SAINT-JUST D'ALLÈGRE, estant fort expert en telles cures de playes, *par des linges et des eaux* et des parolles prononcées, fust présenté à ce bon seigneur (le duc de Guyze) pour le panser et le guérir, car il en avoit fait l'expérience grande sur d'autres. Jamais ne le voulut entendre, disant que c'estoient enchantements deffendus de Dieu... Et me dict M. DE SAINT-JUST, qui étoit mon grand amy, qu'il l'eut guéri, ce qui est fort à noter (2).

La pratique de DOUBLET a été reprise rationnellement de nos jours ; en particulier par BANTOCK et SPENCER WELLS, qui ont pratiqué de nombreuses opérations abdominales en n'usant que de savon, d'eau non bouillie et de brosse ; sans étuves ni antiseptiques d'aucune sorte. Et leur statistique n'aurait pas été inférieure à celle des autres chirurgiens.

Mais, au XVI<sup>e</sup> siècle, on ne concevait pas quelle efficacité pouvait avoir sur la marche des blessures l'eau bien claire et le linge blanc. Notez que PARÉ raconte qu'en guerre on était obligé de laver et de relaver si souvent les linges à pansement qu'ils devenaient « secs comme parchemin ». Il était tout à fait dans la psychologie de l'époque que le dévot prince de GUYZE, que SAINT JUST D'ALLÈGRE, que BRANTÔME, — qui sait, que DOUBLET lui-même peut-être, — attribuaissent à des maléfices ces cures incompréhensibles. Il n'en ressort pas moins de la courte mais topique citation de BRANTÔME que DOUBLET était un chirurgien propre, relativement aseptique, et que cette asepsie très relative suffirait à lui assurer beaucoup de succès, à lui et à ses imitateurs, même à ses imitateurs non médecins ; car ce SAINT JUST D'ALLÈGRE, le grand amy de BRANTÔME, sur lequel je n'ai d'ailleurs trouvé aucun renseignement, ne paraît avoir été quelque mince gentilhomme, officier des armées royales. Cela leur réussissait à tel point que l'on rapportait leurs guérisons à la magie.

AMBROISE PARÉ a vécu en contact avec DOUBLET dans Metz assiégée par Charles-Quint ; il a connu et mentionne en toutes lettres, fort loyalement, « mainte cure merveilleuse » de son confrère. C'était un bon observateur que PARÉ. On a certainement exagéré en parlant, comme l'a fait MALGAIGNE, de son « génie » ; mais il était curieux et sagace. Eh bien, PARÉ n'a rien compris aux résultats « merveilleux » du modeste praticien, que lui, Premier Chirurgien du Roy, regardait vraisemblablement de haut, comme une façon de rebouteur. Une certaine raideur et un tantinet de vanité jalouse étaient les défauts de caractère de PARÉ ; cela perce dans ses écrits. Voici le bref et dédaigneux passage qu'il consacre à DOUBLET : « Un » chirurgien empirique, nommé DOUBLET a fait maintes fois » des cures merveilleuses, appliquant à telles playes (les » plaies d'armes à feu), un médicament suppuratif composé de » lard fondu, jaune d'œuf et térébenthine, avec un peu de

(1) Œuvres de Brantôme. Edition élzévirienne, 1878 ; t. VI, p. 33. « Monsieur le Maréchal de Saint-André. »

(2) Ibid. T. V, p. 175. « M. de Guyze-le-Grand. »

» safran. Et tenoit ce remède pour un très grand secret (1) ». Un point ; c'est tout.

Ce manque de flair de PARÉ en cette occasion me rappelle un souvenir personnel et local dont j'ai souvent parlé à mes élèves et que je rapporte ici à cause de son analogie avec ce qui précède :

En 1884 j'avais pour cliente une aimable vieille dame, veuve d'un grand industriel Lillois, M<sup>me</sup> B..... Elle souffrait d'une maladie chronique n'exigeant pas une thérapeutique bien active ; aussi mes visites se passaient-elles souvent en conversations. C'était le moment où il n'était question dans le monde extra-médical que des triomphes de la Chirurgie nouvelle.

— Les choses ont donc bien changé depuis ma jeunesse, me dit un jour M<sup>me</sup> B... Il y a trente ans, presque tous nos blessés d'usine auxquels il fallait faire quelque opération, mouraient. Ceux mêmes qui n'étaient que légèrement blessés aux doigts avaient des complications, des abcès qu'il fallait ouvrir. Ils étaient bien soignés cependant, à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service du Docteur PARISE, qui était bon chirurgien, n'est-ce pas ?

— M. PARISE, qui fut mon maître, était, Madame, un homme de haute valeur. Mais, en ce temps-là, tout le monde avait les mêmes mauvais résultats que lui.

— Nos ouvriers avaient fini par se figurer qu'on ne guérissait pas à Saint-Sauveur ; et ils préféraient être soignés à domicile par une espèce de médecin exotique, qu'ils appelaient le « père LAZOWSKI. »

— En effet, j'ai vaguement connu dans mon enfance ce Docteur LAZOWSKI, qui habitait la rue de Tournai. C'était un réfugié polonais, échoué à Lille vers 1830. Sous Louis-Philippe on s'attendrissait beaucoup sur les réfugiés polonais. Le gouvernement leur donnait officiellement des secours. Le *Charivari* prétendait qu'il y avait vingt mille demandes de places de réfugié polonais....

— Parfaitement. Eh bien, ce Docteur LAZOWSKI, qui faisait de la médecine RASPAIL, de la médecine au camphre, pansait nos blessés chez eux. Et le fait est, ma foi, que la plupart guérissaient vite.

— L'avez-vous vu quelquefois opérer, Madame ?

— Bien des fois. En qualité de patronne je me faisais un devoir de visiter nos blessés. LAZOWSKI lavait largement les blessures à l'eau-de-vie camphrée pure ; ce qui piquait très fort. Puis il bourrait les plaies jusqu'aux bords de poudre de camphre et couvrait le tout de compresses d'eau sédative étendue.

— Avez-vous parlé de cela à M. PARISE ?

— Oui. Il a haussé les épaules.

PARISE n'avait pas su mieux voir l'antisepsie relative et vraisemblablement inconsciente du « père LAZOWSKI » qu'AM-

BROISE PARÉ n'avait su voir l'asepsie primitive et confuse de « Maître DOUBLET, empirique ».

C'était d'autant plus étonnant de la part de PARISE que l'excessive mortalité par accidents infectieux l'obsédait. Dans les dernières années de sa pratique il ne parlait presque plus d'autre chose. En 1869, à l'heure même où LISTER expérimentait encore en silence à Glasgow son célèbre pansement, j'ai vu PARISE, croyant à l'existence dans l'atmosphère hospitalière de « miasmes phlébitigènes », (il appelait de ce nom l'agent nocif inconnu générateur de l'infection, parce qu'il professait que c'était en enflammant suppurativement les veines, en produisant une phlébite purulente, que cet agent intoxiquait tout l'organisme ; passons sur ce détail de pathogénie) ; j'ai vu, dis-je, PARISE essayer de les détruire ou de les neutraliser par un moyen fort analogue au fond à l'un des procédés de la méthode Listérienne. C'était une sorte de *Spray*. J'ai naguère raconté toutes ces tentatives (1).

Tout cela prouve une fois de plus que de très bons esprits passent sans les apercevoir à côté de faits clairs comme le jour, que tous voient dès qu'un trouveur inspiré les a dégagés et montrés. Il en a été ainsi de la contagion de la tuberculose, dont personne ne s'avisaient jadis et qui creve aujourd'hui les yeux. Il en a été de même de l'antisepsie. Qui sait ? Peut-être y a-t-il encore, même en médecine, des découvertes à faire, à propos desquelles tout le monde s'étonnera, le lendemain du jour où elles seront faites, qu'elles ne l'aient pas été depuis des siècles.

Je clos ma correspondance Wissaniaise sur cette belle réflexion philosophique, en vous envoyant, mon cher Rédacteur en chef, l'assurance de mes plus cordiales sympathies,

Dr H. FOLET.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

Dans la promotion du 30 septembre, au grade de médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe, avec maintien à leur poste actuel, nous relevons les noms de MM. les médecins aide-majors, en service dans les régiments de la région, qui suivent : MM. les docteurs BOURCIER, du 21<sup>e</sup> dragons, à St-Omer ; BOUDRIOT, du 43<sup>e</sup> d'infanterie, à Laon ; DUFFAU, du 4<sup>e</sup> cuirassiers, à Cambrai ; MENDY, du 23<sup>e</sup> dragons, à Sedan ; FAIDEAU, du 128<sup>e</sup> d'infanterie, à Abbeville ; PELLISSIÉ, du 1<sup>er</sup> d'infanterie, à Cambrai.

— Une série de mutations dans le corps de santé militaire désigne pour le 13<sup>e</sup> d'artillerie, à Douai, M. le médecin-major de 2<sup>me</sup> classe hors cadres FINOT ; enlève M. le médecin-major de 1<sup>re</sup> classe LAZARE, au 84<sup>e</sup> de ligne à Avesnes, où le remplace M. le médecin-major de 2<sup>me</sup> classe FRIBOURG, du 1<sup>er</sup> train des équipages, à Lille ; fait passer M. le médecin-major de 2<sup>me</sup> classe PESME, du 33<sup>e</sup> de ligne à Arras au 1<sup>er</sup> train des équipages, à Lille ; envoie MM. les médecins-majors de 2<sup>me</sup> classe BILOUET, du 1<sup>er</sup> d'artillerie à pied, à Lille, à l'Ecole polytechnique, à Paris ; GRUSON, du 2<sup>e</sup> d'artillerie à pied, à Maubeuge, au 1<sup>er</sup> même arme à Lille ;

(1) XI<sup>e</sup> livre. Des playes faites par harquebuzes et autres bastons à feu. Chapitre XV.

(1) La Révolution de la Chirurgie. Mém. de la Soc. des Sciences de Lille, 1886.

ns-majors de 2<sup>m</sup>e classe Bosc, au 2<sup>e</sup> ; STEINMETZ, au 33<sup>e</sup> de ligne à Arras. outre part, MM. les médecins aides-DUHOUT, au 8<sup>e</sup> chasseurs à pied, à 2<sup>e</sup> d'infanterie, à Amiens. MM. les de 1<sup>re</sup> classe MONTAGNE et DUFFAUT, pour les hôpitaux d'Oran et de ligne à Valenciennes, l'autre le 1<sup>er</sup>

ans le cadre des officiers de réserve iale, les médecins de la région dont

aide-major de 2<sup>e</sup> classe : MM. les doc-Liéard (Pas-de-Calais); MACHEZ, de omme); RENARD, de Poix (Somme); Nord).

### ÉCOLES DE PROVINCE

eur PERRIN DE LA TOUCHE, professeur ié directeur pour trois ans fesseur de pharmacologie à l'école de fesseur titulaire à l'école de Rennes. nt des chaires de pathologie et de nommé professeur de clinique mé-

léant des chaires de pathologie et de est nommé professeur de clinique

docteur CANNIEU, agrégé, est nommé

s, agrégé, est chargé d'un cours com-gie.

eur ROHMER, agrégé, est nommé pro-htalmologique.

un est chargé d'un cours complémen-terne; la chaire de pathologie externe

docteur BILLARD est chargé d'un cours

teur THIBAUT, suppléant, est nommé gie interne.

EL, chef des travaux anatomiques, est clinique obstétricale.

docteur BAIGUE, suppléant, est chargé gie externe et de médecine opératoire. professeur CHAPPLAIN est nommé pro-

eur GRIMAL est institué suppléant des t de chimie.

docteur GARRAUD est institué suppléant iacée et de matière médicale.

teur BONNEL est institué suppléant de sturelle.

AVE BUREAU est nommé, après con-çant.

teur DELAGENIÈRE est nommé profes-terne.

sor est chargé du cours d'histologie.

ES. CATARRHES. — L'émulsion meilleur préparation créosotée. Elle vre et l'expectoration.

### Statistique de l'Office sanitaire de Lille

40<sup>e</sup> SEMAINE, DU 1<sup>er</sup> AU 7 OCTOBRE 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		4	7
3 mois à un an . . . . .		3	3
1 an à 2 ans . . . . .		8	8
2 à 5 ans . . . . .		1	3
5 à 10 ans . . . . .		2	1
10 à 20 ans . . . . .		1	1
20 à 40 ans . . . . .		7	8
40 à 60 ans . . . . .		9	9
60 à 80 ans . . . . .		3	8
80 ans et au-dessus . . . . .		2	3
Total . . . . .		32	42

NAISSANCES par quartier		3	13	19	31	14	11	3	6	19	5	11	133
TOTAL des DÉCÈS		3	12	18	8	10	14	5	6	8	2	2	74
Autres causes de décès		3	3	3	1	4	5	1	5	3	1	1	33
Homicide		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Suicide		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Accident		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Autres tuberculoses		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Méningite tuberculeuse		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Pneumonie pulmonaire		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Diarrhée et dysentrie		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
plus de 5 ans		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
de 2 à 5 ans		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
moins de 2 ans		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Maladies organiques du cœur		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Maladies organiques et pneumonie		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Bronchite		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Apoplexie cérébrale		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Autres		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Croup et diphthérie		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Pneumonie typhoïde		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Scarlatine		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Rougeole		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Varicelle		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11

Répartition des décès par quartier	Hôtel-de ville, 19,892 hab.	Gare et St-Sauveur, 27,670 h.	Moulins, 24,947 hab.	Wazemmes, 36,782 hab.	Vauban, 20,381 hab.	St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	Esquermes, 11,381 hab.	Saint-Maurice, 11,212 hab.	Fives, 24,194 hab.	Canteleu, 2,836 hab.	Sud, 5,908 hab.	Total.
	3	12	18	8	10	14	5	6	8	2	2	74

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté; Bédard, professeur agrégé de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphilitique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale, et INGELRANS.

MM. Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie; Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Folet, professeur de clinique chirurgicale; Gaudier, professeur agrégé; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Arménitières; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique; Looten, médecin des hôpitaux; Mahouvier, (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; Surmont, professeur d'hygiène.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté. Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : De la cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus par le procédé Villar, par le docteur Vanverts, ancien Interne lauréat des hôpitaux de Paris. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS : Des névralgies et tics de la face dans leurs rapports avec un état pathologique des voies lacrymales, par le docteur Bettremieux, de Roubaix. — VARIÉTÉS : Bel exemple de repopulation. — NOUVELLES ET INFORMATIONS — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

De la cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus, en particulier par le procédé de Villar.

Par le Dr J. Vanverts,  
ancien Interne lauréat des hôpitaux de Paris.

La cure radicale des hernies, et en particulier de la hernie inguinale, est aujourd'hui une opération fréquemment pratiquée. Sous le couvert de l'antisepsie, sa mortalité est devenue insignifiante. Grâce au perfectionnement des méthodes opératoires, les résultats éloignés de l'intervention sont actuellement excellents. La suppression du sac herniaire, la consolidation de la paroi de la région inguinale suivant divers procédés, qui, pour la plupart, dérivent de celui de BASSINI, sont les deux temps principaux de l'opération, et leur exécution minutieuse est une garantie presque certaine de succès durable.

Toutefois, malgré sa bénignité et son efficacité, la cure radicale de la hernie inguinale, comme de toute autre hernie, n'est pas toujours une opération parfaite : il n'est pas rare de voir apparaître quelques

jours, quelques semaines ou même quelques mois après l'opération, des abcès dans la région de la cicatrice. Ces abcès deviennent fistuleux et ne se tarissent qu'après l'élimination spontanée ou l'extraction chirurgicale, souvent nécessaire, d'un ou de plusieurs fils de suture (1). Qu'ils soient dus à un défaut de stérilisation des fils ou à une faute commise contre l'asepsie au cours de l'opération, qu'ils soient tardifs et n'apparaissent que plusieurs mois après l'opération sous l'influence d'une infection par les microbes de l'intestin (2), par des microorganismes apportés par le sang ou par ceux qui proviennent d'une inflammation de voisinage (lésion cutanée, par exemple), ces accidents de suppuration revêtent toujours un caractère sérieux en raison de leur longue durée.

Pour les éviter, POPPERT (3) a conseillé de ne placer que quelques points de suture au niveau des parois inguinales. Mais, en admettant, comme il semble

(1) Fréquence de ces accidents : 55 p. 100, ESMARCH; 49 p. 100, BILLROTH; 49 p. 100, BERGMANN; 29 p. 100, HELFERICH; 21.2 p. 100, KUSTER; 16.5 p. 100, HINESKE; 10.9 p. 100, CORVIN et VICOL; cités par P. DÉZON. *De la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus*. Thèse Paris, 1898, p. 6.

(2) Cette explication ne me semble pas plausible. Si les microbes de l'intestin sont la cause de l'infection des fils, on ne peut comprendre que ceux qui enserrant le moignon épiploïque et qui sont enfoncés au milieu des anses intestinales échappent, d'une façon presque constante, à la contamination.

(3) P. POPPERT (La suppression des sutures à la sole. *Deuts. med. Woch.*, 2 déc. 1897, p. 477) considère ces accidents comme d'origine mécanique. Les fils nombreux et serrés dans la cure radicale des hernies provoquent la nécrose des tissus, qui, si la résorption ne se produit pas, prédispose à l'infection. POPPERT a complètement supprimé les accidents de suppuration en ne plaçant plus que des sutures très espacées et en les serrant modérément.



ne ainsi le nombre de ces  
tamment pas à les éviter  
on ne sera obtenue qu'au  
rande pour l'avenir.

ut, tendon de la queue du  
tent pas cet inconvénient.  
erminer de la suppuration  
suffisante; mais, en raison  
moins rapide, ils n'expo-  
stulisation et de l'infection  
ent leur emploi doit être  
s hernies de l'enfant, chez  
is est considérable. Chez  
, il serait imprudent, pour  
iale affaiblie, de se servir  
-être de remplir leur rôle  
ques jours.

nients de l'emploi des fils  
résorbables, dans la cure  
iale, MM. DUPLAY et CAZIN  
st de le remplacer par des  
sac (1) et par l'usage de  
ables (2).

par MM. DEFONTAINE (3),  
5), VILLAR (6), FAURE (7),  
és différents de cure radi-  
à fils temporaires.

VILLAR, j'avais conçu, il y  
cure radicale de la hernie  
lu précédent que par les  
ants.

au procédé de cure radicale des  
le, 11 nov. 1896, p. 453; et *Archives*  
VIII<sup>e</sup> série, t. VII, p. 28. — PAVOT,  
re radicale de la hernie inguinale.

ode générale de cure radicale de  
*Semaine médicale*, 1897, p. 465. —  
1, 2<sup>e</sup> série, 1898, p. 260. — DURET,  
cale de la hernie inguinale. *Journ.*  
5.

veau procédé de cure radicale des  
icales de chirurgie, fév. 1897, p. 80.  
rocédé de cure radicale des hernies  
ongrès international de médecine,  
*Sciences médicales de Bucarest*,  
, avril 1898, t. II, p. 3; *Bull.* et  
est, 1898, p. 4.

Suture profonde amovible, cura  
fili perduti. *Settimana med. della*

. de méd et de chir. de Bordeaux,  
ouveaux procédés de cure radicale  
1<sup>er</sup> Congrès français de Chirurgie,

rocédé de cure radicale des hernies  
janvier 1898, p. 49.

Je donnerai, à la fin de ce travail, la description  
détaillée de cette opération, que M. VILLAR n'a indiquée  
que d'une manière succincte.

Pour juger la nouvelle méthode de cure radicale  
de la hernie inguinale à fils temporaires — j'aurai  
surtout en vue le procédé de VILLAR — j'étudierai  
d'abord ses résultats immédiats et éloignés, de façon  
à pouvoir la comparer aux méthodes antérieures.

Je montrerai ensuite comment les divers procédés  
de cure radicale sans fils perdus assurent l'exécution  
des deux temps importants du traitement opératoire  
de la hernie inguinale, à savoir : la suppression du sac  
et la consolidation de la paroi inguinale.

*Résultats immédiats.* — Si on excepte un cas de mort  
(Obs. XX, personnelle), survenue par occlusion intes-  
tinale et qui ne me semble pas pouvoir être attribuée  
à l'opération, on voit que la cure radicale de la hernie  
inguinale à fils temporaires a toujours présenté des  
suites immédiates d'une extrême simplicité.

Je n'insiste pas sur les accidents d'infection qui  
peuvent survenir (1) comme dans toute autre opéra-  
tion de ce genre et qui doivent être évités par une  
asepsie rigoureuse des instruments, des fils de suture  
et des mains de l'opérateur et de ses aides. Dans aucun  
cas, on ne vit se produire ces accidents de suppuration  
interminable qu'on observe parfois à la suite de la  
cure radicale à fils perdus non résorbables et qui ne  
cessent qu'après l'élimination du fil infecté.

Je dois encore signaler une petite complication que  
j'ai notée deux fois (Obs. VII et VIII); il s'agit d'un  
sphacèle superficiel limité à une partie des lèvres de  
la plaie. Ce sphacèle ayant été absolument sec, sans  
aucune trace de suppuration, j'ai cru qu'il s'agissait  
de troubles de nutrition dus à une striction trop forte  
des fils de suture. En serrant moins vigoureusement  
les fils, je n'ai plus observé cet accident.

*Résultats éloignés.* — Les résultats éloignés sont les  
suivants :

#### Procédé de Duplay et Cazin (2).

4	opérés ont été revus	2 ans après l'opération sans présenter de récidive
1	»	22 mois »
1	»	21 » »

(1) J'ai observé cette complication à plusieurs reprises (Obs. I, IV, XII, XIV). Une faute commise contre l'asepsie par mes aides et par moi en a peut-être été la cause. Je crois cependant que celle-ci doit être cherchée dans l'emploi d'un catgut insuffisamment aseptique et préparé par un procédé nouveau et peu recommandable (séjour dans le chloroforme). Les accidents de suppuration disparurent par l'emploi de la soie, puis du catgut aseptique; l'opérateur, les aides et les précautions opératoires et pré-opératoires étant restés les mêmes.

(2) P. DÉZON, *locu citato*, p. 99.

1 opéré a été revu 20 mois après l'opération sans présenter de récurrence		
1	»	19 »
1	»	18 »
1	»	14 »
1	»	10 »
2	»	9 »
1	»	8 »
3	»	7 »
3	»	6 »
4	»	5 »
2	»	4 »
1	»	3 »
1	»	2 »
1	»	1 »

*Procédé de Jonnesco (1).* — JONNESCO dit avoir employé son procédé 16 fois ; les résultats ont été très satisfaisants, et il n'a pas constaté un seul cas de récurrence.

*Procédé de Faure (2) :*

2 opérés ont été revus 7 mois après l'opération sans présenter de récurrence.  
1 » 6 »

*Procédé de Villar :*

1<sup>re</sup> Statistique de M. VILLAR (3).

1 opéré a été revu 1 an après l'opération sans présenter de récurrence.  
1 » 15 mois »  
1 » 19 » »

2<sup>de</sup> Statistique personnelle (4).

4 opérés ont été revus 1 mois après l'opération sans présenter de récurrence.  
4 » 2 »  
3 » 8 »  
3 » 10 »  
2 » 11 »  
2 » 12 »  
1 » 13 »

L'examen de ces statistiques nous montre que la

(1) Th. JONNESCO. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Bucarest, 1898, p. 7.

(2) P. DEZON. *Loco citato*, p. 112.

(3) *Ibid.*, p. 50.

En faveur de l'opération de Villar, je puis encore citer les excellents résultats donnés par un procédé analogue qu'emploie mon maître, M. MONOD, depuis plusieurs années, pour suturer les plaies de laparotomie, et qui a été le point de départ de mes tentatives de cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus. Ce procédé est le suivant : Une aiguille forte et très courbe perfore la peau à 6 ou 8 millimètres de son bord libre. Sa concavité embrassant la lèvres cutanée qu'elle vient de traverser, elle est conduite sous la peau à une distance de plusieurs centimètres. On lui fait alors exécuter un demi-tour et on l'introduit dans l'épaisseur du muscle droit qu'elle traverse ainsi loin de son bord interne. Elle perfore enfin la lèvres péritonéale à quelques millimètres de son bord libre. La même manœuvre est répétée en sens inverse sur la lèvres opposée de la plaie. Le fil dont on charge l'aiguille comprend ainsi peu de peau, beaucoup de muscle et peu de péritoine.

(4) Cette statistique diffère en quelques points de celle que j'ai communiquée il y a quelques mois à la Société de chirurgie, quelques malades ayant été revus depuis cette époque.

récurrence n'a été radicale de hernie

Si l'on adopte l'opération qui estime que la hernie apparaît dans les 37 opérations, il faut voir que les 37 opérations doivent être avant tout guéries (1).

Ce sont là des résultats des meilleurs procédés perdus, tel que ce

Les avantages qu'on en retire, grâce à la méthode, doit d'être

1<sup>re</sup> Du traitement radical sans fils infundibulum par M. CHAMPIONNIÈRE

M. DEFONTAINE (2) à celui de BARKER, deux crins qui traversent la paroi inguinale haut possible en enfonçant l'index gauche au niveau de la cavité de l'aiguille d'EMMET, un point situé sur la cutanée et qui coïncide avec le fond ou un peu au-dessous des deux parois opposées au niveau de la plaie de Florence. Elle est introduite à 8 ou 10 centimètres d'entrée pour passer au niveau de la cavité des crins. La même manœuvre est répétée du côté du sac. Il ne faut pas puis à réséquer le

Après avoir incisé la paroi inguinale, JONNESCO d'habitude, mais, il

(1) Il faut y ajouter quelques cas que je n'ai pu me procurer.

(2) Dans quelques cas j'ai réséqué simplement la hernie sans l'écarter, elle a été suivie d'un bon résultat, mais il faut mettre toujours en pratique entre l'intestin et la sur-

ances provisoires, ente du sac. Au la paroi inguinale s fils à travers le

vent le sac. L'aide, ils font un, puis celui-ci est ensuite es qui sont nouées

dé analogue; mais ert des bandelettes ale.

1 procédé et place ur le sac disséqué

isqu'ils ont donné l'eux se distingue icité d'exécution : r, comme dans les le fil de soie ou de sac. Sans doute, on perdu, dont nous nais ces inconvé- ploie un fil résor- la soie n'a pas ici e que l'accolement nécessite pas une ligature du pédi- atgut que je donne e DEFONTAINE, de FAURE.

eut plus ainsi être squ'on laisse un fil à une question de peu d'importance la ligature simple itage que donnent, finitive, la conser- n en un véritable lu canal inguinal. aginé de tordre le i-même et de fixer ls qui traversaient i obtenu de bons

le C.-B. BALL (Traitement *ritish med. journ.*, 1884, p. 1479,) qui place une réesque la portion sous-

résultats; mais j'ai observé deux fois du sphacèle du sac (1).

DEL GRECO (*l. c.*), qui noue le sac suivant un procédé analogue à celui de DUPLAY, a noté deux fois le même accident. POULLET (2) l'a de même observé après l'exécution de son procédé d'autoplastie tendineuse.

Les résultats excellents obtenus par la simple ligature, qui efface tout infundibulum péritonéal au niveau de l'orifice inguinal profond, la plus grande simplicité de ce procédé (3), la suppression des accidents que je viens de citer, m'ont conduit à renoncer aux avantages que peut donner le pelotonnement du sac et à toujours lui préférer la ligature au catgut et la résection du sac.

2° Consolidation de la paroi inguinale. — MM. DUPLAY et CAZIN reconstituent le canal inguinal suivant la méthode de BASSINI; mais les sutures perdues sont remplacées par des sutures temporaires en U; les deux extrémités de chaque fil étant amenées et nouées au niveau de la peau.

M. JONNESCO emploie aussi des fils temporaires en U pour consolider les parois inguinales; mais, au lieu de suivre la méthode vraie de BASSINI, il place le cordon derrière la paroi postérieure du canal inguinal et reconstitue les deux parois en avant de lui.

M. FAURE suture en surjet les deux lèvres de la paroi inguinale antérieure au moyen des deux bandelettes du sac. Ce procédé peut aussi servir à reconstituer les deux parois inguinales, à condition de placer le cordon derrière la paroi postérieure (4).

M. VILLAR reconstitue les deux parois inguinales par une suture en masse en un seul plan, qui comprend, en outre, la peau (voir plus loin).

Quel est le meilleur de ces procédés? N'ayant l'expérience que du procédé de VILLAR, je dois accepter l'opinion de ceux qui ont mis les autres en pratique et les déclarent d'une exécution facile.

La suture en un seul plan, telle que l'a conseillée VILLAR, me semble cependant plus simple. La suppression du canal inguinal, son simple orifice sous-pubien s

(1) J'explique cet accident par la prod trouvant un sac dépourvu de nutrition.

(2) POULLET. *Archives provinciales* c

(3) DUPLAY et CAZIN ont dû renoncer tr en raison de l'épaisseur et de la brèlèvet

(4) D'après M. FAURE, on pourrait util la manœuvre de BASSINI, en se servant de chaque paroi. Mais, pour arrêter le su deux bandelettes, et cette manœuvre de cordon.

hernies ont peu de tendance à se produire, la production d'un épais plastron par l'accolement des deux parois inguinales renforcées, me semblent être, en outre, en faveur des procédés de JONNESCO et de VILLAR. Je dois cependant ajouter que ce sont là des questions de détail, auxquelles il ne faut pas attacher grande importance.

Quoique mes préférences soient pour le procédé de VILLAR, je conclus donc que tous les procédés de consolidation de la paroi inguinale à fils temporaires sont excellents (1).

#### *Manuel opératoire du procédé de VILLAR.*

La veille : purgation, bain savonneux, rasage de la région pubo-scrotale, puis savonnage, frictions avec un tampon imbibé d'une solution de cyanure de mercure à 5 p. 1000 ou de sublimé à 1 p. 1000 et pansement humide boricé.

Chloroformisation, nouveau savonnage de la région opératoire, puis nettoyage à l'éther, à l'alcool et au cyanure de mercure ou au sublimé. De larges compresses aseptiques entourent le champ opératoire ;

1° Incision oblique de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, correspondant au siège et à la direction du canal inguinal (moins horizontal que ce canal), mesurant six à sept centimètres et ne dépassant pas le bord supérieur du pubis ;

2° Section de la paroi antérieure du canal inguinal sur la sonde cannelée introduite par l'anneau inguinal superficiel ; cette section dépasse en haut la limite supérieure du canal inguinal, mais elle n'entame pas les muscles petit oblique et transverse. Chacune des lèvres de l'incision est repérée avec deux pinces hémostatiques.

3° En dilacérant avec les doigts ou en sectionnant prudemment avec les ciseaux les tissus superficiels qui remplissent ce canal inguinal, on parvient à reconnaître et à dénuder le sac qu'on ouvre prudem-

(1) Je fais une exception pour le procédé de FAURE, car je me demande si les tractions exercées sur les lanières du sac pour suturer solidement les parois inguinales n'ont pas pour résultat d'attirer le pélicule du sac et de produire un infundibulum, au niveau de l'orifice inguinal profond.

Cette objection, que faisait récemment M. LAMBERT (Cure radicale des hernies inguinales. Perfectionnement au procédé DUPLAY-CAZIN-FAURE. *Echo méd. du Nord*, 1888, p. 152) est sans doute théorique et ne peut s'appuyer sur aucun fait, puisqu'on n'a jusque là observé aucune récidive après les opérations. Je la considère cependant comme très plausible ; et, si j'avais à employer le procédé de FAURE, je lui ferais subir la modification proposée par LAMBERT et qui n'est autre que le procédé de KOCHER, décrit par M. FOLET (A propos de la cure opératoire des hernies. Petit procédé de KOCHER. *Echo méd. du Nord*, 1897, p. 433) « On amène et on fixe le collet du sac dans une boutonnière pratiquée dans la paroi musculaire de l'abdomen, à quelque distance au-dessus du canal inguinal, dans l'axe et au-dessus des piliers. »

ment d'un co agrandie, on l'intestin, on l'attire jusqu' place une liga plate, on le ré

4° On dissé soin de ne ga poussée très graisse sous-pinces hémos de l'incision le scrotum ou circulairement s'occupe plus rieure du sac, section avec d en continuant légèrement. o catgut n° 2 et tie sous-jacen

Quant à la p dans les bou

Font

AC. ...  
GO

AC, arcade crurale  
PO et T, pet

l'extirpe. Si le que sa partie portion inférie au catgut fern

5° Avant face postérieure sur un et on saisit l KOCHER. Le co la profondeur courbe monté pénètre la lè

huit millimètres de le tissu cellulaire, onévrose du grand on bord libre, grâce sur les pinces qui ensuite les muscles imètres au moins de tractions que l'aide ord. L'index gauche lon et protégeant les (externes), l'aiguille . superficie, l'arcade a lèvre inférieure de grâce aux tractions qui jalonnent cette nférieure de la peau libre et en un point nétré la lèvre supé- le est placé dans le . retirée.

t placés de la même séparés par une dis- nombre varie avec st en général de 5. e tendon conjoint et fil est placé de telle sage au cordon soit isse pas de compres- fil sont alors serrés (3). Quelques crins ient exact des lèvres

• de trois ou quatre ont les bords sont du collodion ou de l'ouate hydrophile ; ordinaire. Le tout

a bord libre, on assure un atrice cutanée est en outre.

ététable à celle qui consiste vre supérieure de la plaie. ent à l'abri de la blessure l'aiguille traverse l'arcade reule de la profondeur vers rime et protège les tissus faite avec une aiguille dont nt.

suffisante pour amener en terminer du sphacèle.

ette petite précaution, qui plaie sous l'influence des res serré.

est maintenu par un double spica, dans lequel on intercale une large pièce de toile imperméable (MACKINTOSH, par exemple), recouvrant la région pubo-scrotale et présentant une ouverture pour le passage de la verge.

Les fils de suture sont retirés du neuvième au douzième jour. L'opéré n'a pas besoin de porter un bandage.

*Observations personnelles de cure radicale de hernie inguinale par le procédé de VILLAR (1).*

OBSERVATION I. — Ch . . . , 52 ans. — En 1890, cure radicale d'une hernie inguinale droite qui existait depuis 18 ans. Bandage depuis l'opération. Deux ans après, le malade constate que la hernie s'est reproduite et présente à ce moment le volume d'une grosse noix.

*Etat actuel.* — Hernie inguinale droite, scrotale, réductible, déterminant des douleurs. Petite hernie ombilicale. Adipose sous-cutanée très développée. Bronchite chronique. Le malade voulant absolument être opéré, je cède à ses instances, mais à regret.

*Opération,* 4 décembre 1897. — Sac mince, très adhérent dans la région de l'anneau inguinal superficiel. La paroi antérieure du canal inguinal n'avait pas été incisée au cours de la première opération. Le canal est très dilaté et renferme une grande quantité de graisse. La hernie est formée par l'intestin avec des appendices intestinaux graisseux, très adhérents au sac. Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

11 décembre. Ablation des fils : désunion assez profonde des lèvres de la plaie avec écoulement séreux louche. Pulvérisations phéniques. Pansements au vin aromatique. — 1<sup>er</sup> janvier. On enlève encore des débris de tissus sphacelés. — Le 20 février, la cicatrisation est complète. — Janvier 1899 : la cicatrice est très résistante.

OBSERVATION II. — S . . . , 49 ans, terrassier. — Apparition d'une hernie inguinale droite à l'âge de 19 ans. Pas de bandage pendant 5 ans. Puis nécessité de porter un bandage en raison de la gêne causée par la hernie. Depuis 2 ans, la hernie est irréductible.

*Etat actuel.* — Hernie scrotale droite, du volume d'une tête de fœtus, tenace, irréductible. — Circulation veineuse sous-cutanée très développée. — La saillie de la verge a presque disparu. Le malade tousse fréquemment et j'ai refusé de l'opérer il y a quelques semaines.

*Opération,* 8 janvier 1898. — Incision prudente en raison de la possibilité d'adhérences intestinales, qui n'existent pas. Le sac renferme une grande quantité

(1) Toutes ces observations concernent des malades (hommes) que j'ai opérés dans le service de mon maître, M. CH. MOYON, qui avait bien voulu me les confier. La plupart des opérés ont été revus récemment par mes amis et anciens collègues, MM BLANC et PASTEAU.

Pour éviter des répétitions inutiles, je renvoie pour le manuel opératoire de chaque intervention à la description détaillée que j'ai donnée plus haut. Je me bornerai à signaler les particularités de chaque cas.

d'épiploon, de nombreuses anses grêles, le cœcum, l'appendice, le colon ascendant. Résection de l'épiploon après cinq ligatures en chaîne. Réduction assez facile de l'intestin après agrandissement au bistouri de l'orifice inguinal profond. Dissection facile du sac qui est très épais. Surjet au catgut sur les lèvres d'incision du péritoine; le même fil sert à lier le pédicule du sac que j'ai préalablement fait tordre. Petit drain allant du péritoine à l'extrémité inférieure de la plaie cutanée. Trois crins profonds, passant au dessus du drain, sont passés comme d'habitude. Un surjet au catgut réunit les lèvres de la peau. — Durée : une heure quinze minutes.

Suites très simples. — 10 janvier. Suppression du drain; l'écoulement de sang par le drain aurait été assez abondant. — 15 janvier : ablation des fils. Bonne réunion. — Mai : Cicatrice très résistante. Le malade a repris son travail. — Octobre : Même état. Janvier 1899 : Idem.

OBSERVATION III. — T. ., 22 ans, charpentier. — S'aperçut, à l'âge de 12 ans, de l'existence d'une hernie gauche, descendant dans les bourses. La hernie a toujours déterminé des douleurs, parfois très vives. Elle a toujours été irréductible. Pas de bandage. Depuis cinq mois, troubles gastriques.

*Etat actuel.* — Hernie scrotale, mate, irréductible.

*Opération*, 4 février 1898. — Le sac renferme une grande quantité d'épiploon très adhérent, surtout dans sa portion scrotale. En raison de la difficulté de la libération de la partie scrotale de l'épiploon, on en abandonne une petite portion après ligature. Le reste de l'épiploon est réséqué. Cinq crins profonds sur les parois inguinales. Surjet au catgut sur la peau.

14 février : Ablation des fils. Bonne réunion. Léger gonflement profond au niveau des bourses gauches. — 14 avril : Souffre un peu au niveau des bourses. On trouve dans les bourses gauches un noyau dur, du volume d'un petit œuf, sus-jacent au testicule et absolument indépendant de lui. C'est évidemment la portion d'épiploon laissée. Cicatrice chéloïdienne solide; mais pas d'induration profonde. En examinant la région inguinale à l'aide du doigt coiffe de la peau du scrotum, il semble qu'on sente un peu d'impulsion à ce niveau sous l'influence de la toux. — Octobre 1898 : Le malade m'écrit qu'il ne souffre plus, qu'il jouit d'une excellente santé; mais la nodosité des bourses persiste et le tracasse, bien qu'elle ne soit plus douloureuse. — Février 1899 : Même état. La paroi inguinale est solide.

OBSERVATION IV. — A. ., 19 ans, miroitier. — Hernie depuis l'enfance.

*Etat actuel.* — On sent le testicule droit au niveau de l'orifice inguinal externe; il est mobile et peut être amené à la partie supérieure des bourses ou repoussé dans le canal inguinal. Hernie inguinale droite, descendant dans les bourses lorsque le malade est debout et atteignant le volume du poing. Aucune douleur.

*Opération*, 24 novembre 1897. — Sac renfermant le testicule, très mince et très adhérent aux éléments du

cordon; déchiré à plusieurs portions scrotale du sac sa rompu ou sectionné une fois situées dans le cordon, or après avoir creusé le scrotum. Quatre crins sur les parois portions fibreuses du cordon.

2 décembre : Ablation de la cicatrice. — 23 décembre : Cicatrice solide. Testicule fixe scrotum. — 11 janvier : Mobile, sous jacente à la cicatrice se distend pas sous l'influence de la toux. — 1898 : Même état.

OBSERVATION V. — R. ., hernie inguinale gauche depuis l'enfance, irréductible. Pas de bandage.

*Etat actuel.* — La hernie partie supérieure des bourses gauches.

*Opération*, 26 novembre 1897. — La hernie complètement par une manœuvre qui lui forme une véritable rente. Le sac est vide. Le cordon est ainsi dit, plus, car ses deux extrémités sont fondus. Suture des parois profondes. Morte respiratoire.

6 décembre : Ablation de la cicatrice. — 18 décembre : La cicatrice est très solide, ne subissant aucune influence de la toux. Provoquée par la toux, une induration. Excellente cicatrice, ne saigne pas.

OBSERVATION VI. — C. ., hernie inguinale gauche depuis quinze jours, au moment où il ressentit une douleur dans le canal inguinal. Après quelques jours, il s'aperçut d'une tumeur à ce niveau.

*Etat actuel.* — Hernie inguinale gauche, sous l'influence de la toux, pas dans les bourses.

*Opération*, 27 décembre 1897. — Trois crins profonds sur les parois inguinales. — 6 janvier : Ablation de la cicatrice. — 1<sup>er</sup> février : Cicatrice résistante. — Octobre 1898 : Bonne réunion. Sous l'influence de la toux.

OBSERVATION VII. — A. ., hernie inguinale gauche depuis 7 ou 8 ans.

*Etat actuel.* — Hernie scrotale, mate, irréductible.

*Opération*, 21 décembre 1897. — Le canal inguinal est très étroit. Une grande quantité d'épiploon est adhérente à la soie. Une seconde ligature est faite au niveau du pédicule du sac. Le cordon est déchiré à plusieurs reprises.

le pédicule du sac, on fait  
ie sur ce pédicule qui est  
sure, scrotale, du sac, qui  
est abandonnée. Cinq crins  
uinales.

pérature ayant atteint 38°  
rs, on défait le pansement  
veau des deux tiers supé-  
rieur de sphacèle superficiel  
complète avant le 29 janvier.  
e est solide : l'induration  
érable. On constate la pré-  
le droite. — Octobre 1898 :

..., 42 ans, employé. —  
epuis seize ans. Bandage.  
est irréductible.

scrotale, du volume d'une

897. — On trouve en avant  
un voile musculaire peu  
en bas le petit oblique et  
onne verticalement et, au  
e traverse avec les crins  
une grande quantité d'épi-  
l très adhérent au niveau  
recroisée sur le pédicule  
en masse, de sûreté. La  
est faite à la soie au lieu  
ls sur les parois inguinales.  
ature étant montée à 38 2  
ment et on enlève les fils.  
artie moyenne de la plaie,  
superficiel. — 29 janvier :  
te. — 23 février : Cicatrice  
m.

..., 35 ans. — A l'âge de  
ça à porter un bandage  
le médecin fait supprimer  
la descente des deux testi-  
t dans le canal inguinal.  
ie gauche s'étrangle et est  
e M. Monod : On fait la  
descend et on fixe le tes-

atique la cure radicale de  
procédé habituel. Le sac  
plusieurs reprises. Quatre  
lyme et le canal déférent  
supérieure des bourses ; le  
herniaire, au niveau du  
t à amener le testicule au  
re des hanches après avoir  
u cordon : on ne plaça pas  
e déroulement de l'épidi-  
r davantage le testicule.  
spermatiques, au lieu de  
déférent et de l'épididyme,  
u testicule.  
s fils. Bonne réunion. —

28 février : Cicatrice résistante avec une induration  
sous-jacente considérable. Le testicule droit est situé  
en avant du pubis. — 2 avril : Cicatrice très solide  
des deux côtés. Induration profonde à droite. Le  
testicule droit est en avant du pubis ; on ne sent pas  
le testicule gauche. — Octobre : Le malade travaille  
chaque jour de six heures du matin à sept heures  
du soir.

OBSERVATION X. — S..., 18 ans, opticien. — Hernie  
inguinale gauche, dont le malade s'est aperçu il y a  
un mois et demi. Pas de bandage. La hernie descend  
dans le scrotum pendant l'effort violent, puis se  
réduit spontanément.

Opération, 8 février 1898. — Le sac est vide. 4 crins  
profonds qu'on serre sur un long rouleau de gaze  
aseptique après avoir fait une suture intra-dermique  
au crin.

17 février : Ablation des fils ; excellente réunion.  
— 27 février : Cicatrice solide, ne subissant aucune  
impulsion. Induration profonde, moins accusée que  
d'ordinaire. — Octobre : Cicatrice légèrement ché-  
loidienne, très résistante.

OBSERVATION XI. — F..., 24 ans, employé. —  
Hernie inguinale droite depuis un temps inconnu.

Etat actuel. — Hernie scrotale droite ; anneau ingui-  
nal peu dilaté. Impulsion par la toux au niveau de  
l'orifice inguinal gauche.

Opération, 12 février 1898. — Trois crins profonds  
sur les parois inguinales. Suture intra-dermique au  
crin. Les crins profonds sont noués sur un rouleau  
de gaze.

21 février : Ablation des fils. Excellente réunion.  
— 20 mars : Cicatrice résistante. Induration profonde  
sous-jacente. — Octobre 1898 : Même état.

OBSERVATION XII. — C..., 34 ans, maçon — Hernie  
inguinale gauche depuis 6 ans. Pas de bandage.

Etat actuel. — Bubonocèle gauche. Pas de hernie à  
droite.

Opération, 1<sup>er</sup> décembre 1897. — Résection d'un  
appendice graisseux adhérent au sac. On l'avait  
pris d'abord pour l'épiploon, mais c'était un appen-  
dice du gros intestin. L'intestin est adhérent au sac  
par son méso près du collet du sac (hernie par glisse-  
ment)

Cinq crins profonds sur les parois inguinales ; l'un  
d'eux ayant cassé est remplacé avec difficulté.

9 décembre. — Ablation des fils. Suppuration super-  
ficielle. — 23 janvier : Cicatrice solide.

OBSERVATION XIII. — R..., 48 ans, polisseur. Hernie  
inguinale droite depuis dix-huit mois. Pas de bandage.

Etat actuel. — Hernie scrotale, réductible. Orifice  
inguinal très dilaté.

Opération, 15 décembre 1897. — Le sac, mince et  
très adhérent, renferme un peu de sérosité. Au niveau  
du collet du sac se trouve l'épiploon qu'on attire et  
qu'on résèque après ligature. La portion scrotale du  
sac, trop adhérente, est laissée après avoir été touchée

avec un tampon imbibé d'une solution d'oxycyanure de mercure à 5 p. 100). Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

La nuit suivante, le malade a de la diarrhée (sept selles) avec du méléna. On lui donne cinq centigrammes d'opium. — 26 décembre : Ablation des fils. Bonne réunion, sauf au niveau du tiers supérieur de la plaie où il y a un léger décollement superficiel. — 20 février : cicatrice très résistante, ne se distendant pas sous l'influence de la toux. Induration profonde le long de la cicatrice. Le malade a repris son travail depuis quinze jours, après être resté quinze jours en convalescence à l'asile de Vincennes.

**OBSERVATION XIV.** — R..., 18 ans, cocher. — Il y a 8 ans, apparition d'une hernie inguinale gauche, descendant dans les bourses dès sa production. Aucune douleur.

*Etat actuel.* — Hernie scrotale, sonore, molle, réductible. Orifice inguinal superficiel très dilaté.

*Opération*, 29 novembre 1897. — La paroi antérieure du canal inguinal est très faible. Le sac ne renferme que de l'épiploon, adhérent en un point. Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

Jours suivants : Congestion pulmonaire intense. 10 décembre : Ablation des fils ; suppuration et sphacèle. 6 février : Cicatrice cutanée large de 5 millimètres environ, légèrement déprimée, très solide ; la dépression s'accroît au moment des efforts de toux et la cicatrice ne se distend aucunement. Le malade a repris son travail depuis plusieurs jours.

**OBSERVATION XV.** — F..., 21 ans, serrurier. — Hernie depuis l'âge de 6 ou 7 ans. Bandage, qui ne maintient pas bien la hernie.

*Etat actuel.* — Hernie inguinale droite, scrotale, volumineuse, mate, non complètement réductible.

*Opération*, 13 décembre 1897. — Epiploon très abondant, attiré et réséqué après ligature en chaîne (trois fils de soie). Le sac, qui est testiculaire, renferme un peu de liquide séreux ; il est mince et adhérent. Résection du sac après ligature à la soie. La portion testiculaire est fermée par une ligature à la soie. Cinq crins profonds sur les parois inguinales.

24 décembre : Ablation des fils. — 2 février : Cicatrice légèrement déprimée, très solide ; induration sous-jacente peu considérable.

**OBSERVATION XVI.** — D..., 49 ans, carrier. — Depuis 6 ou 7 mois hernie droite, gênante, mais peu douloureuse.

*Etat actuel.* — Hernie droite, scrotale, sonore, incomplètement réductible. Bubonocèle gauche, dont le malade ignorait l'existence et qui ne le gêne pas.

*Opération*, 10 janvier 1898. — L'intestin est adhérent au sac. Croyant qu'il s'agit d'une adhérence inflammatoire, on déchire légèrement la bride, ce qui amène un écoulement notable de sang. On s'aperçoit alors qu'il s'agit du mésocœcum et de la partie inférieure du mésocolon ascendant qui ont glissé dans le trajet herniaire. Le cœcum, l'appendice recourbé et une partie

du colon ascendant sur la déchirure de la partie supérieure d'un surjet au catgut.

18 janvier : Ablation des fils. — 5 février : Sortie du malade n'a pas été

**OBSERVATION XV**  
cuivre. — Il y a  
gauche qui a pro  
Douleurs pendant  
depuis quelques n

*Etat actuel.* —  
Kyste de l'épididym

*Opération*, 24 d  
à la soie sur le sac  
qui est très adhére  
profonds sur les p

1<sup>er</sup> janvier : Ab  
2 février : Cicatric  
des efforts. Indura

**OBSERVATION XV**  
avait une hernie.

Il y a huit mois  
d'une tuméfaction  
Bandage depuis ce

*Etat actuel.* — B  
*Opération*, 25 r  
sur deux veines d  
section du sac. Q  
inguinales.

3 décembre : Ab  
les sillons des fi  
envoyé guéri à l'e  
résistante. Le mal

**OBSERVATION XI**  
ments. Il y a ci  
dans les bourses d  
pendant la marc  
dorsal.

*Etat actuel.* — F  
volume d'un œuf,  
fait un effort et se

*Opération*, 12 r  
un diverticule sc  
sac par un orifice  
de la vaginale. C  
inguinales.

21 novembre :  
11 décembre : Cic  
fondement une in  
trice. — Le malac

**OBSERVATION X)**  
père du malade a  
inguinale gauche

*Etat actuel.* — F  
tible, donnant au



nt les bords sont  
du doigt. — A

sac renferme de  
le après tractions  
ids sur les parois

lade est agité et  
: Selle. Les jours  
4 février l'agita-  
un lavement. Le  
ies n'est pas bon.  
s mauvais, yeux  
its fécaloïdes. La  
t au moment ou

grète sur son axe  
tation des anses  
rmet aussitôt le  
nfundibulum au  
lu côté opéré.

## és savantes

scussion reprend  
ins le cancer de  
imiste : Ce n'est  
la guérison du  
la médecine y  
et l'atténuation  
. Heureusement,  
le correctif. Il a  
uze ans..... C'est  
e du bon.

3. — Une bonne  
nouveau signe de  
e du balancier »,  
un meuble, les  
l s'abaisse auto-  
ses mouvements.

## s & étrangers

ice dans leurs  
gique des voies  
v, de Roubaix (1).

alade atteint de tic  
nontait à plusieurs  
avait donné une  
e.  
s lacrymales, j'ai  
pour l'avancement des

constaté à la suite des soins que j'ai donnés, une amélioration progressive des symptômes du tic douloureux et bientôt la guérison complète qui se maintient depuis près de deux ans et demi.

J'ai recherché la relation pouvant exister entre un état anormal des voies lacrymales et les différentes formes de névralgies et de tics de la face qui se sont présentés à mon observation. Je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Les névralgies et les tics de la face peuvent avoir leur point de départ dans une lésion de la muqueuse lacrymo-nasale.

Cette lésion peut être superficielle, ne pas s'accompagner de larmoiement, permettre le passage de l'injection, de sorte que la relation entre la cause et l'effet n'apparaît pas dans certains cas, il faut la chercher.

La meilleure conception des névralgies et des tics de la face est, à mon avis, celle qui consiste à les considérer comme des reflexes pathologiques, et avant de recourir aux moyens chirurgicaux ayant pour but d'interrompre le circuit réflexe il me paraît indiqué de rechercher avec soin, notamment du côté des voies lacrymales, le point de départ de ce réflexe.

## VARIÉTÉS

### Bel exemple pour la repopulation

Dans une propriété du comte Potocki, en Pologne, vivait tendrement unie, une nombreuse famille composée de trois générations. Un jour la fille devint enceinte. La mère aussi. Et aussi la grand-mère. Toutes les trois à la fois. Lorsque les temps furent accomplis, la fille, la mère et la grand-mère donnerent chacune le jour à un gros et beau garçon. — La fille eut ainsi un fils, un frère et un oncle; la mère eut un fils, un petit-fils et un frère, et la grand-mère devint bis-aïeule, aïeule et mère.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### Premier Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale

Un Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, institué par arrêté ministériel en date du 11 juin 1898, doit se tenir à Paris au cours de l'Exposition Universelle de 1900, du 23 au 28 juillet inclus.

Ce Congrès comprendra quatre sections :

1<sup>re</sup> Section. — Président : M. ANDRÉ (de Toulouse); secrétaires : MM. POITOU-DUPLESSIS et DUCOR. — Des Rapports du médecin avec les collectivités (Etat ou collectivités autres que l'Etat; Des lois réglementant l'exercice de la médecine; Les médecins et l'Assistance publique, etc., etc.; Grandes Compagnies; Sociétés trielles, etc., etc.).

2<sup>e</sup> Section. — Président : M. (secrétaires : MM. TAPIE et DOURY. — Des Rapports du médecin avec les individualités (Clientèle, etc., etc.); Exercice illégal de la médecine, etc.).

3<sup>e</sup> Section. — Président : M. (secrétaires : MM. DIGNAT et MILL. — Des Rapports du médecin avec ses confrères (Déontologie, etc., etc.).

4<sup>e</sup> Section. — Président : M. G

taires : MM. CAYLA et PIOT. — Des Œuvres professionnelles de prévoyance, de défense ou d'assistance médicales.

Les *Communications*, dont un résumé devra être envoyé au secrétaire général du Congrès le plus tôt possible et de toute façon avant le 1<sup>er</sup> juillet 1900, pourront être faites en français, anglais ou allemand. Les communications qui seraient faites en toute autre langue que le français, devront être accompagnées d'un résumé de vingt lignes rédigé en français, lu en séance et imprimé aux comptes rendus.

Outre les communications faites en séances de section, les membres du Congrès auront à discuter sept rapports qui, imprimés et distribués à l'avance aux congressistes, seront lus en séances générales. Ces rapports auront trait aux questions suivantes :

1<sup>o</sup> *Des principes fondamentaux de la déontologie médicale* ; — Rapporteur : M. GRASSET (de Montpellier) ;

2<sup>o</sup> *De l'exercice illégal de la médecine* ; — Rapporteur : M. DESCOURS (de Paris) ;

3<sup>o</sup> *Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicales* ; — Rapporteur : M. LANDRÉ (de Bordeaux) ;

4<sup>o</sup> *Des œuvres de défense professionnelle* ; — Rapporteur : M. PORSON (de Nantes) ;

5<sup>o</sup> *Relations des médecins avec les mutualités* ; — Rapporteur : M. CUYLITS (de Bruxelles) ;

6<sup>o</sup> *Organisation des chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent* ; — Rapporteur : M. POLLAK (de Vienne) ;

7<sup>o</sup> *Organisation de la Ligue des médecins de Hongrie* ; — Rapporteur : M. JENDRASSIK (de Budapest).

Les Rapports imprimés en français seront accompagnés d'un résumé en allemand et en anglais.

La cotisation, fixée à 15 francs, doit être adressée au trésorier général, M. P. MASSON, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Outre les avantages réservés d'ordinaire aux adhérents aux Congrès officiels, elle donne droit à d'importantes réductions sur le tarif des chemins de fer français. Une circulaire ultérieure, donnant les renseignements nécessaires à cet égard ainsi que le programme complété des travaux du Congrès, sera envoyée avec leur carte d'adhésion aux médecins qui auront fait parvenir à temps leur adhésion.

Des commissions locales de propagande fonctionnent à l'heure actuelle dans tous les principaux centres médicaux et dans les départements en France.

Des Comités nationaux sont actuellement constitués et fonctionnent à l'étranger.

Une circulaire générale avec bulletin d'adhésion sera adressée à tous les médecins de France et à un grand nombre de médecins étrangers, particulièrement dans le courant des mois de novembre et décembre 1899 et dans le courant de l'année 1900.

Nous prions instamment les médecins praticiens de prendre avec soin connaissance de cette circulaire, que l'on voudra bien réclamer en cas d'oubli, et d'envoyer au trésorier, le plus tôt possible, le bulletin d'adhésion signé.

#### Adresse du Bureau du Congrès :

Librairie MASSON & C<sup>ie</sup>, 120, boulevard Saint-Germain, Paris

Le Bureau du Congrès est ainsi composé :

Président : M. L. LEREBoullet, rue de Lille, 44, Paris.

Vice-Présidents : MM. GRASSET, Montpellier ; R. JAMIN et LE BARON, Paris ; PORSON, Nantes.

Secrétaire général : M. Jules GLOVER, rue du Faubourg-Poissonnière, 37, Paris.

Secrétaire général adjoint : M. P. C

Trésorier général : M. P. MASSON main, 120, Paris.

Dans le Comité de patronage nous signalons comme intéressant : QUINQUE, de Laon ; DESPREZ, de Saint Chauny, pour l'Aisne. MM. GAIKAL, de Fumay, pour les Ardennes. M. I Nord. M. LESTOCQUOY, d'Arras, et M. BOUSSAVIT, d'Amiens, pour la Sc

#### UNIVERSITÉ D Distinction hono

M. le docteur DEBIERRE, professeur faculté de médecine, adjoint au nommé Chevalier de la Légion d'honneur, notre collègue tous nos compliments qu'il obtient.

#### Distinctions hono

Légion d'Honneur. — Sont nommés : LEREBoullet, de l'Académie de MM. les docteurs PICOT, professeur de chirurgie de WIDAL, médecin des hôpitaux de Paris ; AUBIN (Maritimes) ; FABRE, d'Alais (Gard) ; BAINS (Pyénées-Orientales) ; DESPAT (Seine-et-Marne) ; THIROUX, médecin de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; cin de 2<sup>e</sup> classe de la marine.

#### Officier de l'Instruction publique.

WEIL, de Paris ; DARIER, médecin à GÉRAUD, médecin-major à Tunis.

#### Médaille d'honneur des épidémies

médaille d'honneur des épidémies à (mort depuis) et MAINGUY, internes DIONIS-DU-SÉJOUR et GUIBAL, externe

#### Officier d'Académie.

— Sont nommés : CHAMPY, d'Uzeman (Vosges) ; GRO OISE ; DARAGNEZ, de Mont-de-Ma QUELLE, TOULOUSE, OLIVIER et POUL d'Amiens (Somme) ; FLEUROT, de Pré PLANTIER, de Moreuil (Somme) ; A derès (Hautes-Pyrénées) ; MM. PIOLAIN, administrateurs des hosp rédaction de l'ECHO adresse toutes ces distinctions méritées.

#### Mérite agricole.

— Sont nommés : REUNIER, de La Mure (Isère) ; CHEVA HEIM, de Paris ; FRANCESCHI, de Cen de Saint-Priest-la-Roche (Loire) ; REG



# L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

ABONNEMENT

PAR LE DÉPARTAMENT

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants ; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédard, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charneil, professeur de clinique dermatologique et syphilitique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale, et IN

MM. Deléarde, professeur agrégé, chef de clinique ; Dubar, professeur de clinique ; professeur de clinique chirurgicale ; agrégé ; Kéraval, directeur de l'Asile d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ; Looten, médecin des hôpitaux (Valenciennes), membre correspondant de médecine ; Moty, médecin principal, à Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours ; Surmont, professeur d'hygiène.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse :

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Le mécanisme des sentiments de l'homme, par le docteur Kéraval. — Le sérum artificiel, moyen de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, par le professeur Combemale et Mouton, interne. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES ; Société Centrale de Médecine du département du Nord ; Séance du 27 octobre 1899. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Le mécanisme des sentiments de l'homme

par le docteur P. Kéraval,  
Directeur-médecin de l'Asile d'Armentières.

Plus l'on observe les aliénés et plus on est surpris de la transformation de leurs sentiments par leur affection mentale. Nous avons déjà précédemment (1) dit un mot de cette modification de tout leur être. Les descriptions suivantes ne feront que l'affirmer : l'aliéné est devenu un homme tout différent de ce qu'il était auparavant. Ainsi s'explique la conduite des malades dont la folie ne se révèle souvent que par l'anomalie ou le caractère délictueux de leurs actes. C'est pourquoi avant d'aller plus loin il nous paraît indispensable d'insister sur le mécanisme des impressions pathologiques. Celui-ci ne saurait être compris sans un examen élémentaire des principales acquisitions de la psychologie moderne relatives au mécanisme des impressions et des sentiments normaux.

Aussi bien nous croyons rendre vulgarisant l'esprit et le but de la psychologie contemporaine. Nous un langage aussi simple que possible que beaucoup considèrent encore cependant des brevaires accessibles leçons de Th. ZIEGEN (1). En voici sentiments procèdent des sensations. Examinons successivement

### I. — SENTIMENTS EN RAPPORT AVEC

Une des propriétés de la sensation est d'être accompagnée d'un ton sentimental. Ce ton de plaisir ou de peine qui, à la sensation, accompagne nos sensations. La sensation réjouit ; mais cette joie-là n'a rien de commun avec le sentiment qui accompagne notre sensation en effet la sensation visuelle de même, produit le sentiment du plaisir est éveillé par des idées ou concepts la sensation visuelle, à savoir que je vais pouvoir causer avec lui choses, etc., etc. Il convient donc d'entre le ton émotif qui accompagne la sensation et le ton émotif qui provient de l'image commémorative non seulement

Le ton sentimental de la sensation même. La sensation auditive détermine en nous un vif sentiment

(1) *Echo médical du Nord*, 1897, n° 4 et 5 — 1898, n° 14 — 1899, n° 19.

(1) *Leitfaden der physiologischen Psycho*

ultanée des deux notes contraire d'un sentiment n plus harmonie, mais sentiments positifs les sentimentaux négatifs. Et les deux espèces de intensité très différente, excite encore en nous pagnée d'un sentiment sidérablement moindre r. De même, une solution son degré de concen-, désagréable à degrés une série de sensations ton affectif correspondes ni d'un sentiment de tranché de déplaisir.

ons à *sentiment neutre* : des sensations de nos s innombrables images assent devant nos yeux, ui sont légion, combien npressionnabilité affectpetit nombre des sensa-uses ou agréables, sont mental non point à la comme dans l'exemple , à une série d'idées qui

int du tout une propriété Dans l'échelle des senti-les, il y a un point nul, flérent. Et il n'y a qu'un lont le ton affectif s'élève ou s'abaisse au-dessous. port avec une sensation ue par l'étude de l'inten-citation à laquelle il est de très faible nous laisse nts. Un *crescendo* graduel des sentiments agréables ce moyenne, l'impression son maximum evident. n fait très rapidement plaisir qui, très vite, se désagréable. Dès que le is vif d'excitation senso-trop aiguë, s'accompagne

d'un sentiment extrêmement désagréable. Il en est de même des autres sensations. La lumière intense, qui nous aveugle, nous est désagréable ; nous ressentons très agréablement une lumière d'intensité moyenne. On a donné à cette marche de l'intensité des sensations et à l'évolution correlative des sentiments une représentation graphique ; on a appelé le seuil de l'excitation le point mort pour le sentiment ; au-dessus, c'est un sentiment positif ou agréable ; au-dessous, c'est un sentiment négatif ou désagréable.

Il est à remarquer que chez l'aliéné mélancolique, le sentiment de plaisir qui devrait correspondre à une intensité sensorielle faible, très faible même, est à ce moment déjà, transformé en un sentiment pénible.

Le ton *sentimental* d'une sensation dépend encore de la *qualité* de l'excitation ou de la *sensation*. Les sensations gustatives en sont le témoignage. Ce qui est sucré provoque un sentiment de plaisir. Ce qui est acide, sale, et surtout amer, provoque un sentiment désagréable. Mais l'intensité joue encore ici son rôle. Nous aimons nos aliments un peu salés, une saveur légèrement amère nous plaît, tandis que des liquides trop doux, trop sucrés nous déplaisent. Le sentiment de plaisir se rattache donc encore à une faible intensité sensorielle, le sentiment de déplaisir, à une intensité sensorielle forte et progressive. Toutefois, l'amertume, même relativement faible, est plutôt désagréable ; alors que, pour que le sucré provoque ce sentiment-là, il lui faut un degré d'intensité bien plus élevé. C'est une spécificité qui tient à la race. Le lait de femme, par exemple, outre les matières grasses et albuminoïdes, contient 4 % de sucre en solution. Le nourrisson humain est organisé de telle façon qu'il trouve un sentiment particulièrement agréable à éprouver la sensation de substances douces ; aussi se jette-t-il sur le sein de sa mère avec avidité, et s'y nourrit-il mieux que de n'importe quelle manière. c'est ainsi d'ailleurs qu'il a les meilleures chances de croître. Eh bien ! pendant des milliers d'années, cette particularité a été si bien cultivée qu'aujourd'hui elle s'est généralisée. Les sensations olfactives se comportent exactement comme les sensations du goût ; la question d'intensité sensorielle y prédomine, car l'odeur la plus désagréable devient une bonne odeur quand elle est suffisamment diluée.

Les sentiments inhérents aux sensations de la peau ont des caractères spéciaux. Les sensations de plaisir y sont considérablement moins accusées que les

sensations désagréables. Une chaleur tiède, un froid léger, un faible contact ne provoquent que de très faibles impressions sentimentales positives. Une sensation de chaleur, de froid, ou de pression fortement progressive provoque brutalement un sentiment désagréable que nous disons être une *douleur*. La douleur n'est pas du tout une propriété spéciale de la sensation ; ce mot désigne le sentiment de déplaisir qui accompagne des sensations cutanées très intenses. Ne disons-nous pas aussi, à l'occasion, qu'une note de musique nous est douloureusement aiguë, nous écorche les oreilles, qu'une lumière nous éblouit, nous fait mal ? Le ton sentimental négatif des sensations cutanées désagréables est rendu par le mot douleur qui exprime la qualité de la sensation ; que nous soyons soumis à l'action très violente de la chaleur, du froid, d'excitants mécaniques tels que la piqure, nous croyons, en fin de compte, ne percevoir que la douleur, c'est-à-dire le ton sentimental des agents en question tout à fait séparé de la sensation même à chacun d'eux. C'est pour cela que l'on a prétendu faire de la douleur une propriété spéciale des sensations cutanées ; on n'a pu néanmoins constater dans la peau de points douloureux spéciaux pas plus qu'on n'a pu montrer qu'il existait un agent de qualité spéciale représentant la cause de la sensation douloureuse.

L'intensité des excitations en jeu dans la sensation de la peau donne au sentiment désagréable son cachet dominant ; ceci permet de comprendre que l'acte qui suit une sensation dépend essentiellement du ton sentimental de la sensation ; ce dernier commande à la rapidité de l'acte et à sa nature. Plus en effet une sensation est désagréable, plus rapidement et plus énergiquement nous cherchons à nous en débarrasser par la fuite ou par un moyen de défense quelconque. Les excitants mécaniques et caloriques intenses ont été le danger le plus précoce, le plus fréquent, le plus direct qui ait menacé l'individu dans la série animale. Pour assurer le développement de la race, il a fallu que celui-ci s'y adaptât ou répondit à ces excitations le plus rapidement possible par des actes de défense ou de fuite. Il en a été averti le mieux du monde par le sentiment désagréable prédominant de la douleur en rapport avec l'intensité des sensations mécaniques et caloriques... Ce qui n'empêche qu'il n'existe aucun motif de considérer les douleurs comme une propriété spéciale des sensations cutanées. Sa

définition la voici : c'est qui accompagne les faibles

Le ton sentimental dans les sensations ou l'intensité de ces sensations n'est que par le ton *malaise*, par la douleur, la plupart des sensations, sensations génitales et liées à des tons sentimentaux

Les sensations de sensibilité n'entraînent qu'une seule. Leur qualité est, dans l'influence sur le sentiment, hauts ou trop bas qu'il d'ailleurs, s'accompagne de sentiments négatifs. Les perceptions n'en est que plus de la sensation de plusieurs sons simplement périodiques des vibrations accompagnées de tons que les vibrations régulières qui puissent déterminer. Quand sur le clavier, la note que l'on entend un son simple, c'est un composé de tons supérieurs qui décroissent graduellement. Les nombres de vibration numérique simple. Terminent en général un provient de vibrations particulières aériennes. Le clavier possède une gamme plus grande que sont là des accords et quelles sont les conditions ou à la dissonance qui président à la gamme des tons sentimentaux agréables ou négatifs. Ce ne peut pas s'expliquer avec des vibrations, tel accord consonnant pour une autre.

Les sensations visuelles moyennes sont seules à

(1) Voir *Echo médical du*

s, très légers. La joie que nous u du ciel ne provient pas, en la sensation pure ; des idées infini de la voûte bleue s'asso- s. La qualité de la sensation par la *couleur*, est tout à fait mental. La comparaison bien leur à une saveur précise, le au salé, le jaune à l'acide, le au sucré, est toute subjective ; sociées comme l'est l'idée de id on pense au lait et *vice versa*. dé identique, dire que le rouge endie, le jaune la lumière de la plant de vérité physique dans : à tenir les couleurs sombres, pour la représentation d'une leurs spectrales et le noir, et à npagnent moins aisément de réables. Mais, si le noir tend à s désagréables, c'est que l'idée

lus de mélanges de couleurs ords des sons. Ces mélanges ons colorées tout aussi simples duites par les couleurs simples. oser les sensations de couleurs l'harmonie de la crudité des d formé par la juxtaposition de étude comparative des tableaux de l'école italienne montre que, préféré certains assemblages de y a fait remarquer l'effet mer- vert, du violet. Nous ne savons ble seulement que la juxtaposi- ; fasse d'autant plus de plaisir rs sont, dans le spectre, plus utre.

d'une sensation est très forte- i *disposition des sensations dans* l'espace est plus particulière- ucher et la vue. Les sentiments port avec les sensations du con- face, ils apparaissent d'autant a diffusion en est plus continue ensation du *ruide* provient de ce contact répandues sur une sur- nent réparties et inégalement

fortes ; dans ce cas, entre les extrémités nerveuses excitées existent toujours quelques extrémités nerveuses inexcitées en petit nombre.

La disposition dans l'espace des sensations de la vue est bien plus significative pour le sentiment. Quelles sont les allures de l'harmonie géométrique et stéréométrique ? Une ligne droite étant tracée, il s'agit, à vue d'œil, de déterminer sur cette droite un point qui semble la partager dans des proportions agréables : or ce n'est pas le point bissecteur qui jouit de cette propriété. FÉCHIER a présenté à plus de trois cents personnes dix angles droits de carton blanc dont les côtés présentaient des rapports différents. Eh bien ! les 3/4 environ des personnes consultées considérèrent comme le plus beau l'angle droit dont les côtés étaient exactement, ou à peu près, dans le rapport de 34 : 21, qui constitue la proportion agréable par excellence. La sculpture italienne ancienne agit presque exclusivement par sa merveilleuse membrure, c'est-à-dire par la division de sa masse en lignes.

La régularité, la symétrie de la disposition dans l'espace des sensations visuelles, n'est pas la seule condition des sentiments agréables. La répétition périodique d'une disposition déterminée dans l'espace produit d'ordinaire des sentiments positifs. Il est très difficile d'établir une règle générale. On ne croit plus à la courbe esthétique absolue d'HOGARTH, qui entoure d'une circonférence en spirale la surface convexe d'un cône de la base au sommet. C'est la continuité de la sensation qui produit les sentiments de plaisir : une ligne droite fait en général une impression plus agréable qu'une série de points. La petitesse des interruptions de la sensation trouble l'impression. Une légère courbe déchaîne continuellement des sensations de mouvement associées ; notre œil glisse en quelque sorte sur la ligne dans tout son parcours. Et la continuité des sensations associées de mouvement a une extrême importance pour le genre de sentiments agréables. Il ne faut pas que l'indice de courbure cesse brusquement, le ton sentimental serait même troublé par une suite de petits ressauts sur la courbe. La sensation doit être modifiée ou graduellement ou brutalement d'une manière très considérable. Ainsi s'explique le rôle joué par les courbes douces dans l'ornementation ; ainsi s'explique la rareté d'angles très peu accusés.

Les caractères de la *sensation dans le temps* exercent sur le ton sentimental de celle-ci une influence très

considérable. La longue durée d'une sensation amortit d'ordinaire généralement les tons sentimentaux positifs ou négatifs. Il n'y a que les sensations sonores dont le ton sentimental soit fortement influencé par le genre et le mode de succession dans le temps de plusieurs sensations. La *fatigue* résulte généralement de la perception d'une série de sensations de sons égaux se succédant à des intervalles égaux ; même quand la qualité du son change, il se produit bientôt un sentiment désagréable. Pour obtenir le sentiment de plaisir de l'enchaînement rythmique, il faut que l'intensité de chacun des sons, ou bien leur durée ou leur intervalle, soit soumis à une alternance périodique plus ou moins régulière. La *cadence* musicale ou celle des vers d'un poème est fournie par la succession de sensations sonores, dont chacune a un ton spécial, c'est-à-dire une intensité particulière, et qui, dans leur ensemble, possèdent une durée déterminée. L'unité que nous appelons la cadence ou le vers revient toujours à de faibles variations près ; mais la durée d'ensemble de certaines sensations sonores, et la disposition des tons à divers endroits dans chaque nouvelle cadence ou dans chaque nouveau vers demeure constants. Les qualités du son, c'est-à-dire les notes et les mots changent, mais ses intensités, ses renforcements ou ses diminutions reparaissent après une durée déterminée, c'est-à-dire périodiquement.

En poésie, la fin d'une période rythmique de ce genre peut encore être mise en évidence par le choix de la qualité des sons qui terminent la période souvent similaire, comme cela a lieu par la rime. La périodicité régulière est donc, quant à la succession des sensations, la condition principale de la genèse des sentiments de plaisir. Ce n'est par conséquent point le hasard qui a fait que le maniaque, ou l'aliéné en état d'exaltation, déclame des phrases rythmées ou des rimes ; cela tient à l'état des sentiments agréables produit par la maladie mentale.

Les conditions de genèse si différentes des tons sentimentaux positifs ou négatifs précédents, peuvent-elles être résumées en l'évaluation de leur nature ?

Il n'y a pas que les sensations qui aient leurs nuances toniques sentimentales. Les conceptions possèdent certainement les leurs. Mais les tons sentimentaux des conceptions, des idées, ne dérivent-ils point des sensations mêmes ; les conceptions, en tant qu'images commémoratives des sensations, n'ont-elles pas simplement accaparé les tons senti-

mentaux de ces dernières ? Ceci est indubitable pour bien des cas.

L'idée qu'on a un ennemi, qu'on est haï, n'est liée à des sentiments désagréables que parce que, dans la vie, nous avons souvent désagréablement ressenti les attaques d'ennemis, les effets de . . . est aussi évidente ; les idées tra leurs tons sentimentaux aux sensa ce qui se passe. Vous avez, pendant plus tard, souvent entendu certaine chanson mélancolique. sons n'a par elle-même rien de les mots chantés sur ces sons ex mélancoliques. Le ton sentimental fait graduellement corps avec le cales, si bien que, finalement, l'a produit en vous des perturbatio négatives, même quand il n'accom roles mélancoliques du chant, quai ou associé à tout autre thème. To faites pour rapporter à un accord couleur déterminée un ton sentime sent sur la transmission du ton se ceptions au ton sentimental d'une ces conceptions ont été souvent asso du noir s'associe probablement à désagréable parce que l'idée que l'ol et dangereuse lui est associée ; fin en soi, considéré comme simple sen che point à des tons sentimentaux r chez les peuples d'Occident, le sym Si certaines sensations ont sûrem ton sentimental à des conceptions est, néanmoins, clair que les tons question peuvent être rattachés aux des sensations, car les conceptions emprunte le ton sentimental doiv ton sentimental à des sensations, à dont elles proviennent elles-mêmes

Il est probable que la qualité de fluence à l'origine le ton sentime qu'indirectement, en vertu de leur idées désagréables ou agréables ; l'intensité des sensations et leur temps et l'espace qui influencent sentimental des sensations. La loi trouvée : on ignore quelle intensité dans l'espace et le temps il faut à



de plaisir ou de peine. Ce la phylogénie. Quant à la *lui-ci est manifestement un ation*. Quelle que soit la sation, elle a en soi une provoquer un sentiment sceptible, comme l'autre, chaque sensation est naturelle sorte d'un peu de

*ente pour ainsi dire un x propriétés principales, — timent de peine.* Ce sixième éléments aux sensations certaines conditions, aussi s ; mais ces tons affectifs, e existence complètement t ou sont consécutifs des s se distinguent cependant oint de vue des sensations es. Ainsi la qualité ordi- erminée 1° par la constitu e E ; 2° par la constitution reçoit l'excitation depuis is jusques et y compris son ensoriel prend l'excitation . C'est ainsi que la même quée sur la peau devient ur la rétine, une sensation ibles qualités d'excitation les qualités de sensation. d'abord que deux qualités ment de plaisir et celle du ute la qualité de l'émotion ppend aussi de l'excitation ensoriel, mais aux innou- ion et aux divers appareils it en premier lieu que les ; du sentiment de plaisir et vers degrés d'intensité.

me en l'une de ces deux *doivent donc être des attri- tions et des surfaces senso- nt de base à l'apparition us sommes obligés d'ad- on est indifférente, E' reste i cerveau ; quand au con- it émotives, quand, par*

exemple, la lumière impressionnante est trop vive, l'écorce du cerveau excitée ajoute encore quelque chose à l'opération physique E' et produit, par ce quelque chose, l'élément psychique de ton sentimental ou passionnel ou émotif. Il y a, en ce cas, réaction de l'écorce centrale du cerveau contre les excitations venues de l'extérieur. Ceci expliquerait pourquoi la même excitation ne produit pas toujours pour la même force excitative un ton sentimental déterminé. Les qualités de nos sensations sont certainement aussi dépendantes de la constitution de l'écorce du cerveau, mais elles sont en rapport avec des attributs constants à celle-ci, tandis que les tons sentimentaux dépendent d'attributs plus variables de la même écorce.

Une lumière par exemple nous tombe dans l'œil. L'intensité lumineuse en étant modérée, l'excitation E produit dans l'écorce du cerveau une agitation E', puis une sensation correspondante S. L'intensité lumineuse s'accroît, E' et S s'accroissent aussi, mais, en outre, à E' s'ajoute une contre opération physique qui fait qu'un ton émotionnel s'ajoute à la sensation. Le ton sentimental a bien par conséquent réellement une valeur plutôt subjective ; les qualités ordinaires de la sensation ont une valeur plutôt objective. Comme le fait remarquer LIPPS, nous ne projetons pas dans l'espace le ton sentimental de la sensation même. Nous disons qu'un objet est vert et non qu'il provoque du vert ; nous disons qu'il suscite la joie et non qu'il est joyeux.

L'analyse des *caractères des tons sentimentaux* tire grand profit de l'étude du développement des races, des espèces animales. Les excitations associées à des sentiments de plaisir sont en même temps, dans bien des cas, celles qui accompagnent l'intussusception des aliments et la reproduction des animaux ; les excitations associées à des sentiments désagréables sont celles qui, en même temps, contiennent une menace contre la vie de l'animal. Aussi les premières provoquent-elles de la part de l'être vivant le désir de s'en rapprocher ; les secondes suscitent chez lui le désir de s'en retirer ou de fuir devant elles. Il se peut parfaitement qu'au cours du développement de l'espèce l'attribut spécifique de l'écorce du cerveau de répondre à certaines excitations généralement nuisibles ou utiles par une opération psychique toute nouvelle, c'est-à-dire d'ajouter à la sensation commune le ton sentimental, ait pris naissance dans ces mouvements instinctifs de fuite et de rapprochement et qu'il ait

atteint plus tard un degré plus élevé de développement. Au degré le plus inférieur de son évolution, la sensation provoque sur le champ le mouvement communément opportun; à son plus haut degré, elle comporte l'intercalation du ton sentimental qui prend, pour nos actes, la plus grande importance.

La sensation, par elle-même, nous fournit donc un avertissement ou un appât qui est généralement juste; en nous rapprochant de l'agent d'excitation ou en nous en éloignant par la fuite nous gagnons le temps nécessaire pour faire jouer les images commémoratives et les motifs de décision.

(A suivre).

### **Le sérum artificiel, moyen de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.**

Par le Professeur Combemale, et Mouton, Interne

« Le salut des tuberculeux est au prix d'une diagnose hâtive et l'efficacité thérapeutique ne va pas sans précocité diagnostique » Ces paroles de GRANCHER et LANDOUZY devant l'Académie de médecine deviennent de plus en plus un article de foi scientifique.

Depuis plusieurs années déjà nous sommes pénétrés de la nécessité d'un diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire si l'on veut pouvoir quelque chose d'efficace contre elle.

Dans ce but, en 1896, après M. le professeur GRASSET, l'un de nous, en collaboration avec M. RAVIART, étudia les services que la tuberculine pouvait rendre chez les tuberculeux débutants.

Mais les difficultés du maniement de la tuberculine, ses variations dans les résultats, en particulier si la solution n'en est pas très fraîchement préparée et les quelques accidents éruptifs à craindre qui effraient les malades, nous firent renoncer à dépister de parti pris la tuberculose par cet agent. Nous la tenons néanmoins pour un moyen assez sûr, quoique peu pratique pour le but à atteindre.

Toujours préoccupés de cette question dans notre région où abondent les tuberculeux, nous crûmes trouver dans l'injection de la solution saline, appelée sérum artificiel chirurgical, le moyen efficace de diagnostic précoce tant recherché.

Des recherches d'HUTINEL, de LESAGE avaient montré que les solutions salines élevaient la température chez les enfants tuberculeux. SIROT vint ensuite, qui généralisa le fait et voulut en faire, en quelque sorte, la pierre de touche de la tuberculose méconnue ou latente; mais le contrôle que CARRIEU et ARDIN, FRAIKIN et BISARD firent subir aux affirmations du médecin de Beaune, les réduisirent à néant.

Nous avons néanmoins, nous aussi, entrepris quelques recherches.

Pendant une année et l'hôpital de la Charité, le diagnostic précoce de la sous-cutanée de sérum et la tuberculine se cont jours de distance. Les quelques-uns revus dans suivaient l'inoculation; plus près possible.

Trente observations, retenues, parce que les furent plus particulières

L'expérimentation chez il fallut renoncer à ces températures initiales, recevaient, d'autre part, pure, le même coup de été injecté: pour le col était de même.

Nous injectons 20 cc. de 7; phosphate de soude 1; le flanc, puis on prenait de l'aisselle — nous disons les différences restant, d'entre elles et cela ne pouvait l'expérimentation — on obtenait des températures avec celles qu'on à quatre jours de suite avait des résultats variables, ce n'éclairerait pas à ce moment.

Mais voici les conclusions.

a) L'injection de sérum qu'on en ait dit; de chez des tuberculeux diagnostiqués habituels, nous n'en avons

b) L'injection de sérum que facile, commode; les dans le cas de diagnostic sérum en petite quantité instruments la tentative peut

c) L'injection de sérum infailible de diagnostic que les moyens cliniques révélaient la tuberculose injecté élevait la température par les signes stéthoscopiques se présentait par le double du sérum, l'un affirmait indifférente; plusieurs

portées de la façon que nous  
diagnostic en ait tiré de l'éclair-

la tuberculose au début, dans les  
bles, c'était tantôt une réaction  
action positive que donnait le  
on ait pu nous en être dévoilée  
les conditions spéciales à chaque

out donc être assuré sur l'emploi  
le but de diagnostiquer la tuber-

este peut induire en erreur: un  
ctoration abondante et épaisse, à  
rulents, non striés de sang, dans  
ramens différents n'avaient pu  
teur de la tuberculose, alors que  
cusée, réagit cependant au sérum

res qui se caractérisaient par une  
sation, emphysème et bronchite  
de tuberculose au début, donnè-  
es réactions. De sorte que nous  
que la réaction par le sérum à  
on de la déminéralisation plutôt  
culose.

rvient nullement pour expliquer  
ans que la tuberculose soit en jeu  
ème avec bronchite). Nous avons  
es dans l'ignorance du but pour  
injection.

que le sérum salé donne, non pas  
mais une présomption très forte  
se ouverte ou de quelque durée  
ne contre épreuve à la tubercu-  
réaction par le sérum, l'affirma-  
l'à la certitude. Mais le premier  
a pas la valeur qu'on lui avait

## des Sociétés savantes

**ecine.** — M. REVERDIN, pour  
lébut de la chloroformisation  
inventé un appareil qui force  
ar la bouche. Cet appareil se  
sur lequel s'adapte une cré-  
gouttières pour les mâchoires.  
lade du diadème, on introduit  
e la vis... et le malade est

**Société de Biologie.** — M. LABORDE a étudié  
l'action de l'alcool sur la digestion (in vitro). —  
L'alcool éthylique la retarde nettement. Le petit verre  
facilitant la digestion est donc un mythe.

**Société d'obstétrique** — M. PINARD a observé  
un cas de grossesse ectopique ovarique, datant de  
quinze jours. Il y avait cependant rupture de l'ovisac  
et hémorragie interne. Il faut donc faire la laparo-  
tomie, même dans les cas de grossesse ne datant que  
de quinze jours.

\*\*\*

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 27 Octobre 1899

Présidence de M. LOOTEN, vice-président.

### Luxation du coude. — Résection.

M. Moty présente un malade qui a eu une *luxation  
du coude irréductible*. On arrivait bien à mettre l'olé-  
crâne en place; mais le résultat demeurait imparfait.  
Au bout de deux mois, radiographie: on crut à l'exis-  
tence d'une fracture articulaire. Le malade fut anes-  
thésié, on ne put pas davantage obtenir une réduction  
parfaite et l'articulation fut ouverte. Il s'y trouvait  
une plaque ostéo-cartilagineuse, devenue un mé-  
nisque poli sur ses deux faces. La résection du coude  
a permis de tout remettre en bon ordre sans raccour-  
cissement du membre, et le malade est en voie de  
guérison. Il est à noter que la radiographie n'a donné  
ici aucun renseignement.

M. Looten a observé, chez un enfant de six ans,  
un *décollement de l'épiphyse humérale inférieure*. Au  
bout de vingt jours d'appareil plâtré, l'extension com-  
plète était difficile. Une radiographie très nette a  
montré, entre les surfaces articulaires, un corps étran-  
ger interposé qui devait être une apophyse arrachée.

M. Moty dit que souvent ce qu'on prend pour une  
apophyse arrachée n'est autre chose que le résultat  
de l'ossification d'un épanchement sanguin.

M. Ingelrans cite un cas analogue où la radio-  
graphie a indiqué l'existence d'un corps étranger  
dans la cavité coronoidienne. On a fait le diagnostic  
d'arrachement de la face interne de la trochlée. Il est  
bien probable qu'il s'agit en réalité d'un ostéome  
périostique, tels que ceux sur lesquels REYNIER a  
appelé récemment l'attention.

M. Lefort dit que ces ostéomes périostiques sont  
fréquents et qu'il y a longtemps qu'OLLIER a insisté

sur eux : il y a avantage à faire alors une large résection.

#### Fracture de l'olécrane

**M. Gaudier** présente en son nom et en celui de **M. LEMOINE** une radiographie de fracture de l'olécrane chez un enfant de douze ans. Il n'a fait aucune immobilisation, mais un massage bien conduit. Guérison complète au bout d'un mois : tous les mouvements sont parfaits.

#### Polype du larynx

**M. Gaudier** insiste sur la fréquence des polypes du larynx dans notre région. Il montre un énorme polype qui siégeait entre les cordes vocales inférieures chez un homme qui n'avait que des troubles de la phonation. On avait cru à une tuberculose pulmonaire. Extirpation à la pince morceleuse.

#### Rétrécissement de l'œsophage

**M. Acheray**, interne des hôpitaux, présente un estomac et un œsophage cancéreux, recueillis avec **M. DUVIVIER**, externe, dans une autopsie faite à l'hôpital de la Charité.

Le sujet, âgé de 49 ans, était entré le 25 août dans le service de **M. le professeur COMBEMALE**. Jamais les sondes ne réussirent à franchir un rétrécissement situé à 39 centimètres des arcades dentaires, quoique parfois des bols alimentaires, même assez volumineux, aient pu passer dans l'estomac.

Malgré son état de faiblesse et d'amaigrissement extrême, le malade refuse toute intervention. On lui administre des lavements alimentaires.

Le 22 octobre, alors que la déglutition des liquides est impossible depuis quatre jours, il vient demander une opération. Gastrostomie par **M. le professeur DUBAR**, suivant le procédé de **HOWSE**, légèrement modifié en ce sens qu'une sonde est immédiatement passée dans l'estomac, **M. DUBAR** se réservant de ponctionner plus largement et de faire les sutures muco-cutanées une fois les adhérences établies.

Il injecte aussitôt 200 cc. d'eau bouillie dans l'estomac. Pansement au carbonate de magnésie; injection sous-cutanée de 500 cc. de sérum de **HAYEM**. Pas de shock, température normale. Le lendemain, on fait passer dans l'estomac 250 cc. de lait coupé d'eau de Vals. Le 24 octobre, nouveau repas, pendant lequel le malade est pris d'une courte syncope. L'état de faiblesse s'accroît, et, le 25 au soir, le malade succombe à sa cachexie.

La pièce montre que les adhérences sont déjà

solides, le quatrième jour, autour de la bouche gastrique. La tumeur, située à sept centimètres du cardia, est annulaire, perméable, suivant un trajet anfractueux de un à deux millimètres de diamètre. Au-dessus d'elle, existe une vaste dilatation, mais pas d'ulcération de la muqueuse. Adhérences intimes avec tous les organes voisins, particulièrement l'aorte. Tous les ganglions œsophagiens et trachéo-bronchiques sont envahis, quelques-uns suppurés, sans généralisation.

Les lavements alimentaires furent ici sans efficacité, et la muqueuse stomacale, pas plus que la muqueuse rectale, n'était propre à l'absorption lors de l'intervention, qui n'eut lieu que sur les instances du malade.

#### Fièvre et coprostase

**M. OUI**, comme suite à sa communication du 23 juin, lit deux autres observations de fièvre chez des accouchées constipées. Une primipare accouche le 21 juin; les suites de couches sont normales jusqu'au 15<sup>e</sup> jour. Il y avait de la constipation dès le début, aussi avait-on donné des lavements quotidiens. Un peu avant le 6 juillet, la garde avait cessé, de son propre gré, de donner ces lavements et la malade avait été suralimentée. Le 6 juillet au soir, la température atteint 39°2 : il n'y avait pas eu de selle depuis 48 heures. Administration de 30 grammes d'huile de ricin : la température reste à 38.8. On donne de la scammonée et du calomel sans résultat; enfin une demi-heure après un lavement survient un frisson et on note 38.8. Le soir, 37.2. Le 9 juillet, nouveau lavement. Température du matin 39.6. Les lavements étaient de 1.500 grammes et ne ramenaient que des liquides. Enfin, après cinq jours, débâcle intestinale. Température 37°5.

Une seconde accouchée a eu des phénomènes analogues. Température de 38°1 qui disparaît avec la constipation.

Dans ces cas de stercorémie chez les accouchées, les organes génitaux sont sains, il n'y a pas de rétention des lochies et ce n'est pas de ce côté qu'il faut en chercher l'explication.

**M. Carrière** discute l'opinion qui a été émise à ce sujet par **M. INGELRANS** à la séance du 21 juillet, opinion d'après laquelle l'accouchement amènerait peut-être une diminution de résistance suffisante pour rendre les femmes plus sensibles aux poisons normaux de leur économie.

qu'est la fièvre. n des bactéries e défend. Pour e réagissant et es, qui, digérés à des produits a susceptibilité ervée, mais elle arquer que la on habituelle. re de cas : dans e chez des viel- ). Il ne faut pas érique. D'autre s sont peut-être

les espèces mi- rant à l'hyper- s, il faut savoir nez eux, d'une du colibacille

ulation micro- a, l'expérimen- en plus de colo- nte d'autre part ne de l'hyper-

très secondaire- ne, M. CARRIÈRE stin et en favori- tre une théorie

nents invoqués admettre avec nelle du malade qu'on ne saurait il considère la rd, les théories ement établies e de discussion. t présenté 38°4 se compare-t-il le matin, chez s, ces malades aneuse, inflam- t la muqueuse, ion simple.

M. INGELRANS a vu récemment la température s'élever tout à coup chez une femme habituellement constipée : mais il était survenu chez elle une colite aiguë, ce qui explique tout. MATHIEU a décrit ces poussées fébriles dans l'entérite muco-membraneuse.

Au sujet de la fièvre neurasthénique, M. INGELRANS rappelle qu'elle est mal connue et que son existence même est discutée (Congrès de médecine de 1899. PARISOT, SOLLIER, etc.). La question reste entière, car les constipés ordinaires n'ont pas l'hyperthermie notable des femmes en couches, et ce qu'il faudrait savoir, c'est pourquoi cette hyperthermie survient plus facilement chez elles. C'est ici que M. INGELRANS fait intervenir la diminution de résistance aux poisons en général.

Si les typhoidiques ont de la fièvre par coprostase, comment faire jouer un rôle aux ulcérations de la muqueuse, puisque ces ulcérations siègent surtout dans l'intestion grêle et sont bien moins importantes dans le gros intestin. La constipation n'a rien à voir avec l'intestin grêle.

On oblitère l'anus d'un lapin et on constate de l'hyperthermie, la pullulation du coli-bacille, son hypervirulence : soit Mais on a réalisé là une manière du vase clos dont on a tant parlé. Cela ne veut pas dire qu'on puisse assimiler cette expérience à ce qui se passe dans la constipation : ce n'est pas tout à fait la même chose.

Enfin, si la coprostase est à elle seule capable d'engendrer la fièvre, et si le terrain ne joue qu'un rôle secondaire, comment expliquer l'hypothermie, qui est la règle dans l'occlusion intestinale ?

M. Ingelrans n'a pas la prétention de tirer une conclusion ferme. Il rappelle seulement que les femmes enceintes constipées n'ont guère de fièvre, si elles en ont ; que lorsqu'elles accouchent, elles peuvent avoir une fièvre fort nette que les circonstances, au point de vue de l'évacuation fécale, étant les mêmes, c'est des modifications de l'état général qu'il faut chercher l'hyperthermie.

M. OUI rappelle qu'à la fin de la grossesse la fonctionne mal chez certaines femmes, et qu'elles seraient peut-être plus exposées au fait de leur insuffisance hépatique.

Quant au traumatisme intestinal, il n'est d'aucune espèce d'importance. Mais un poi-

en lumière, c'est le déséquilibre abdominal causé par l'expulsion de l'enfant. La constipation est fréquente chez les femmes en couches et cependant la stercorémie et la fièvre sont rares chez elles. M. OUI en a vu quatre cas, mais il est tombé sur une série.

**M. Lefort**, à l'appui de l'opinion de M. INGELRANS, cite le cas d'une femme atteinte de cancer du rectum, qui resta six mois sans rien émettre par l'anus : elle n'avait pas trace de fièvre.

**M. Gaudier** ajoute qu'il a pris la température de deux enfants constipés (quatre jours) : elle était normale.

**M. Carrière** admet que dans les cas d'entérite inuco-membraneuse il y a un état de la muqueuse qui favorise peut-être l'absorption et la fièvre. N'empêche qu'on trouve assez fréquemment la fièvre chez les constipés ordinaires et chez les vieillards constipés. L'observation de M. INGELRANS sur les rapports de la température axillaire et de la température rectale ne tient pas devant les faits : on ne peut comparer la température axillaire d'une accouchée et d'un vieillard. Quant à la fièvre neurasthénique, son existence est indubitable : et le pourquoi en est peut-être la coprostase.

A propos des typhiques, je crois ma théorie étayée sur les expériences de SANARELLI, plus admissible que l'hypothèse de M. INGELRANS.

Je ne vois pas ce que vient faire ici le vase clos. Je crois qu'en produisant ici la coprostase, je me suis placé exactement dans les conditions de sa constipation, puisqu'il n'y a pas eu trauma. Quant à l'hypothermie de l'occlusion intestinale, c'est là un fait spécial, pathogéniquement inconnu et qui semble leur aux qualités spéciales qu'acquiert en ce cas le coli-bacille.

A M. LEFORT, je demanderais si la température rectale de sa malade avait été soigneusement recueillie.

En définitive, je crois mes expériences suffisantes pour infirmer l'hypothèse purement gratuite de M. INGELRANS, sur la susceptibilité réactionnelle des accouchées.

**M. Combemale** croit qu'il faut mettre parfois en cause le régime alimentaire et que l'emploi du lait doit empêcher la production de la fièvre par résorption.

**M. Lefort** rappelle que des microbes hyperthermophiles peuvent être accompagnés dans l'intestin de

microbes hypothermophiles.

**M. Ingelrans** dit qu'il se montre dans on est mal fixé sur M. CARRIÈRE démontre qu'il y a pullulation microbienne et fièvre. Si presque ment expliquer que n'aient pas de fièvre elles peuvent avoir :

**M. Carrière.** — qu'elles n'ont pas eu de décomposition abdo-

minale.

**M. Lambret** a vu qu'il est difficile à réduire, qui s'explique par ce qu'on avait employé le chloroforme, et son influence dans la fièvre, il faut donc être réservé sur la question particulière.

**M. Carrière** fait savoir qu'il tiendra la Société au courant.

**M. Looten** a vu qu'un individu très robuste et très vaillant, naturellement malade fit même, en présence de symptômes violents avec une grande solidité en eût été capable.

## NOUVELLES

Par décret, en date du 5 juin 1899, l'École du service de santé a été autorisée à conclure un engagement spécial dans l'armée de mer pour la nomination à l'École.

C'est l'application du décret du 5 juin 1899.

### UNIVERSITÉ

Association amicale

Les concours pour l'Association aux Intelligents ont eu lieu mardi 31 octobre, à 8 heures.

Les jurys sont composés de :  
Section de médecine : M. PATOIR.  
Section de chirurgie : M. LAMBRET.

Suppléant : M. LAMBRET.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Ausset**, professeur agrégé des maladies des enfants; **Barrois**, professeur de parasitologie à la Faculté; **Bédard**, professeur agrégé de physiologie; **Calmette**, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; **Carrière**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Carlier**, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphilitique; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

**MM. Deléarde**, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale; **Gaudier**, professeur agrégé; **Kéval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique; **Looten**, médecin des hôpitaux; **Manouvriez**, (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; **Surmont**, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs POTEL**, chef de clinique chirurgicale, et **INGELRANS**.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

## SOMMAIRE :

**TRAVAUX ORIGINAUX** : Varicocèle et Hypochondrie, par M. le docteur **Lambret**. — Sur un cas de leucémie, par MM. le docteur **Potel** et **Druchbert**, interne. — Recherches sur la glycosurie alimentaire chez les femmes enceintes, par MM. les docteurs **F. Combemale** et **Oul**. — Note sur deux cas d'empoisonnement par le *Datura stramonium*, par M. **C. Tondeur**, aide-préparateur. — **BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES**. — **ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS**. — **BIBLIOGRAPHIE**. — **NOUVELLES ET INFORMATIONS**. — **STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE**.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Varicocèle et Hypochondrie

par le Docteur **Lambret**, Chef de Clinique chirurgicale

**FORGUE** et **RECLUS**, dans leur article Varicocèle du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, s'expriment ainsi : « C'est une vieille remarque brillamment développée par **DIDAY** que l'homme est très impressionné par toutes les affections qui entraînent une menace contre sa virilité. » Il n'est pas rare, en effet, de voir des accidents nerveux venir compliquer une maladie intéressant un des étages des organes génito-urinaires. Pour le varicocèle, la chose est certainement beaucoup moins fréquente; cependant nous avons récemment eu l'occasion d'observer un malade chez qui la simple constatation d'un varicocèle de moyen volume et peu douloureux avait suffi pour entraîner une préoccupation de tous les instants et avec le temps un battement profond.

Voici cette observation rapidement résumée :

M. L..., 26 ans, clerc amateur, se présente à ma consultation le 4 mai 1899. Il raconte qu'il y a deux ans, à la suite d'une marche à cheval, il sentit quelque chose qui descendait dans les bourses. En s'examinant, il s'aperçut qu'il présentait du côté gauche une grosseur légèrement douloureuse. Il fut immédiatement très frappé, consulta un médecin et suivit un traitement qui n'aboutit malheureusement à aucune amélioration. Pendant la nuit, grâce au repos au lit, les veines diminuaient bien de volume, mais pendant le jour, par suite des positions verticales ou assises, le varicocèle allait plutôt en augmentant. Sa mère, qui l'accompagnait, me décrit alors son état mental et me raconta que son fils est continuellement déprimé, sans cesse il pense à sa maladie, s'examine plus de cinquante fois par jour, ne rit jamais, ne s'intéresse à rien, fuit toutes les réunions de famille ou d'amis, se comporte, en un mot, comme un véritable misanthrope. Le malade me fait lui-même comprendre à demi-mot qu'il est complètement impuissant et que ce n'est pas là la moindre de ses misères. Je proposai alors la résection du scrotum qui fut acceptée et pratiquée le 7 mai. Cette petite opération ne présenta rien de particulier et eut des suites régulières. Depuis cette époque j'ai avec mon malade des relations amicales. Il a subi une véritable transformation morale; il est gai, actif et complètement revenu à l'état normal, son varicocèle est pour ainsi dire disparu. Toutes ses idées noires se sont envolées, les érections se produisent d'une façon tout à fait suffisante. Bref, guérison parfaite, qui est une véritable résurrection.

Notre ami, le Dr **MEURISSE**, de Thumesnil, nous disait avoir observé un malade à peu près analogue : il s'agissait d'un individu de 18 ans, qui était atteint



neux mais compliqué itale. Ce malade avait attristait beaucoup sa sur continuelle; c'était naut vol et un timide, amara des car il n'osait ieux à cause de son revenir sa gaieté, sa vers l'opération, mais t tellement qu'un beau e et ne donna plus de

asantir ici sur la nature étudier ses différentes ent pour nous fixer, la r dans ses leçons cli- dans le sens le plus te en un trouble mental ations angoissantes et é et à l'état morbide de osition, le terrain, ont le développement de des hypochondriaques ; ont une mentalité, si noindre résistance; de r l'importance de leur à l'obsession qui les me perpétuelle anxiété c ces neurasthéniques

Ce sont, en général, c, qui ont une certaine leur imagination s'est que leur intelligence, imment l'appréhension présente d'ailleurs un s physiques qui expli- ains préparés ou qu'il ont surtout: le volume, esticule, l'impuissance

une grande importance le l'hypochondrie. Un e qui s'accroît, frappe- lade sera d'autant plus on du volume sera plus variqueux, plus long, entre les cuisses. Tou- lans certains cas parti-

culiers des varicocèles de moyen volume et même à peine marqués, ont suffi pour éveiller des troubles nerveux, par la seule influence de leur présence, chez des malades tout à fait prédisposés.

Ce n'est pas un des côtés le moins curieux du symptôme douleur dans le varicocèle, d'être dans certains cas tout à fait absent, et très marqué au contraire dans d'autres. Cette inconstance est du reste inexpliquée. Quand la douleur existe, elle peut se traduire par une sensation de lourdeur, de pesanteur dans les bourses, énervante par sa constance, ou bien on se trouve en présence de névralgies testiculaires, génito-crurales, capables d'irradier vers d'autres points, exaspérées par la marche, par la fatigue, etc.

L'atrophie du testicule est plus rare. On comprend à quel degré elle est, par sa nature même, capable d'impressionner l'état mental. Son mécanisme n'est pas bien élucidé; elle est attribuée par certains auteurs à la compression exercée sur le testicule par le paquet veineux, d'autres en font un arrêt de développement de l'organe, conséquence de la présence de varices du jeune âge. Les malades connaissent l'inégalité de volume de leurs glandes séminales et s'en affectent d'autant plus que souvent l'atrophie suit une marche progressive; ils sont alors tenaillés par la crainte de voir leur testicule disparaître tout à fait et ils redoutent l'impuissance consécutive.

L'impuissance génitale d'ailleurs et même l'impotence génésique peuvent se montrer en dehors de toute altération testiculaire. L'innappétence génésique est la plus rare. Souvent au contraire les malades ont plus d'imagination que de puissance. L'impuissance est tantôt complète comme dans notre observation, tantôt relative, les érections sont alors insuffisantes: tel par exemple ce malade de JAMIN, « homme âgé de 26 ans, qui raconte que l'émission spermatique n'est jamais accompagnée d'une érection suffisante pour conduire la verge dans le conduit vaginal. Quand, à 19 ans, il fit sa première tentative de coït, il ne put y avoir intromission et, depuis lors, il en a toujours été de même. Quoique dévoré de désirs vénériens, ce jeune homme voit ses rapports avec les femmes se borner à des manœuvres d'attouchements qui déterminent plus ou moins rapidement une éjaculation. Cette impuissance génitale n'a pas été sans influencer très fâcheusement le caractère du malade qui avoue, les larmes aux yeux, être hanté par les idées les plus sombres et avoir déjà songé au suicide. »

Après les causes, étudions l'effet. L'hypochondriaque, « victime de la contemplation abusive de ses varices, » exagère la gravité de son mal et l'intensité de ses symptômes, il est sans cesse à l'affût d'une sensation nouvelle, souvent imaginaire, mais dont la découverte qu'il croit faire, augmente encore ses misères. Toutes ses facultés sont tendues constamment vers la même idée, son intellect se déprime, il devient triste et affaibli, se couche mélancolique et se réveille de même. Il est, pour ce qui concerne son mal, d'une minutie méticuleuse, en arrive par exemple à changer plusieurs fois par jour son suspensoir ou simplement la ouate qui le garnit et attache à ces menus faits une importance extraordinaire. C'est un véritable misanthrope recherchant toujours la solitude pour brasser à son aise ses idées lugubres. Malheureux lui-même, il rend malheureux ses proches par son égoïsme, sa mauvaise humeur, son excitabilité excessive. Dans des cas plus graves encore, l'appétit et le sommeil disparaissent, les malades sont en proie à des crises gastriques très douloureuses, ils tombent dans un état de dépression tel que la vie leur devient insupportable. Il en est que ces préoccupations perpétuelles ont conduit au suicide.

A ce mal quel est le remède ? C'est le moral surtout qui est atteint, c'est sur le moral qu'il faut agir. On devra montrer à ces malades combien est légère l'affection dont ils s'imaginent souffrir, rire de leurs craintes injustifiées puisqu'aucune complication n'est possible, les persuader dans des conversations répétées s'il le faut, qu'ils se sont naïvement exagéré la gravité de leur état puisqu'un traitement très simple va les guérir. Dans les cas légers on mettra alors en œuvre le traitement médical, on interdira les fatigues, les grandes marches, la station debout prolongée, la constipation, les excès vénériens, on ordonnera de porter un suspensoir élastique en soie à jour qui prenne bien la partie postérieure des bourses et de tonifier les enveloppes scrotales par des lotions froides et astringentes.

Mais ce traitement n'est pas infallible et il ne convient qu'aux cas légers ; encore ceux-ci peuvent-ils s'aggraver, la tumeur peut augmenter de volume, les douleurs, l'atrophie du testicule, l'impuissance génitale faire leur apparition. Quelle conduite doit-on tenir, opérer ou ne pas opérer ? L'observation que nous avons rapportée au début de cet article est un exemple de guérison de l'hypochondrie par l'inter-

vention chirurgicale ; mais il faut savoir que la guérison n'est pas une règle absolue, les échecs sont possibles, et parfois l'hypochondrie n'est nullement arrêtée dans sa marche. Aussi, un certain nombre de chirurgiens, tel M. DUPLAY, refusent absolument d'opérer ces malades ; SÉBILEAU écrit à ce sujet : « vous conseillez de n'opérer qu'exceptionnellement les hypochondriaques affaiblis, ces lamentables débilisés de l'esprit, tous ces sujets qui, plus ou moins frappés de dégénérescence mentale, sont souvent sur la pente de la folie des persécutions. D'abord vous ne les guérissez pas ces malades ; votre intervention sera donc inutile. Ensuite ils ne manqueront pas de se retourner contre vous et de rendre votre thérapeutique responsable du mal dont ils continueront à souffrir. »

Cette abstention systématique ne doit pas être conseillée, le nombre respectable de malades actuellement guéris par la cure chirurgicale de leur varicocèle, plaide suffisamment en faveur de l'intervention. D'ailleurs, l'opération du varicocèle quelle qu'elle soit — et il n'entre pas dans notre cadre de discuter quel est le meilleur procédé — n'est pas une opération grave ; l'antisepsie ou l'asepsie nous préservent de l'infection, la conservation de l'artère spermaticque assure la vitalité ultérieure du testicule. Dans ces conditions nous estimons que le chirurgien ne doit pas se refuser à opérer les malades chez qui coexistent l'hypochondrie et le varicocèle. Sans doute il y a une chance d'insuccès à courir, mais les statistiques nous montrent qu'elle est suffisamment minime. Nous admettons donc avec SAUSSOL (1) qu'il faut opérer.

1° Lorsque le malade est franchement hypochondriaque ; sa préoccupation et sa mélancolie s'accroissant et exerçant une action continue sur son esprit jusqu'au point de menacer l'intégrité mentale ;

2° Lorsque le malade est affecté moralement à la suite d'une atrophie testiculaire ou d'une impuissance précoce.

L'opération fait disparaître les douleurs, régénère les paquets variqueux, récupère la puissance génitale et souvent restitue un volume normal au testicule atrophie ; voilà donc un certain nombre de causes de l'hypochondrie qui se trouvent supprimées, et comprend que leur disparition exerce sur elle une salutaire influence. Dans la très grande majorité des cas, elle disparaît d'une façon définitive, le caractère change complètement, la gaieté renaît, les malades

(1) Th. Paris, 1897 (inspirée par Reclus).

vie et leurs sembla-  
e que dans quelques  
été que passagère ;  
ochondrie a ressaisi  
ins ces cas ce n'est  
ncriminé ; en face de  
tout à fait désarmée.

### Acémie

bert, interne des hôpitaux.

re relativement rares.  
ment, dans le service  
ntéressant. Malheureu-  
courtée, malgré nous,  
ns le service.  
fection était déjà à un  
quitté au bout de quel-  
al.

e observation qui nous  
it de vue clinique.

re, exerçant la profession  
le professeur DUBAN, le  
inales et une tuméfaction

de la malade a 65 ans, sa  
uellement bien portants.  
bonne santé. Deux sœurs  
âge de 15 ans, d'affection

à jeune âge, la malade a  
s bénigne, elle a toujours  
chez elle de stigmates de  
16 ans, la menstruation  
s duraient trois jours et

d'une vaginite qui guérit

nceinte ; sa grossesse se  
sans aucun trouble, sauf

à terme et normalement  
ien constitué ; les suites  
ade reprit son travail au  
a enfant que pendant huit  
; trois semaines après ses  
suivants peu abondantes ;  
ent disparu, bien que la  
ssesse.

n d'avril 1899, la malade  
leurs abdominales, assez  
plusieurs jours. Les dou-  
amaigrissement continué  
à cesser tout travail. Son  
entrer à l'hôpital.

*Etat actuel.* — L'état général est mauvais. La malade est très faible, l'amaigrissement est notable, les mamelles sont peu développées. Les téguments sont pâles, d'une teinte cireuse, les muqueuses conjonctivales et labiales sont décolorées, les sclérotiques ont un reflet jaunâtre. Les pommettes ne sont point colorées. Il n'existe pas de bouffissure des paupières.

*Ganglions.* — La région latérale droite du cou est le siège d'une tuméfaction considérable due à l'hypertrophie des ganglions de la région carotidienne.

Cette tuméfaction date de sa grossesse, elle était légèrement douloureuse au début, elle a subi des alternatives d'accroissement et de diminution.

Ces ganglions ont une consistance ferme, mais sans dureté. Ils sont mobiles et n'adhèrent ni à la peau ni aux parties profondes. Ils sont incomplètement fusionnés et indolores à la palpation. On trouve un petit ganglion derrière la clavicule droite.

Les ganglions du côté gauche du cou, ceux des régions sous-occipitale, parotidienne, amygdalienne, axillaire, inguinale, poplitée, etc., paraissent normaux.

Les os et les articulations ne sont le siège d'aucune douleur ni d'aucun gonflement. Il n'y a point d'œdème malléolaire.

*Appareil digestif.* — La muqueuse buccale est pâle, la langue est couverte d'un léger enduit saburral. Les gencives ne saignent pas et ne sont pas tuméfiées ; mais, il y a quatre mois, elles ont été douloureuses. La salivation, la déglutition, la phonation sont normales. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées.

L'appétit est nul ; la malade a du dégoût pour les aliments et n'accepte que du lait, du vin et des œufs. Elle a eu quelques vomissements quand on a tenté de lui donner une alimentation plus substantielle. Il existe une constipation légère qui cède facilement aux lavements.

Le ventre n'est pas ballonné ; il est un peu sensible et se défend contre la palpation. Le foie est indolore, légèrement augmenté de volume, on n'y sent pas de nodosités.

La rate est hypertrophiée, occupe tout le flanc gauche, descendant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; elle déborde la ligne médiane de 2 centimètres. La percussion donne une matité occupant 17 centimètres dans le sens vertical, 19 dans le sens transversal. La palpation permet de délimiter le bord de la rate ; celle-ci est lisse, élastique et peu douloureuse. A l'auscultation, on ne perçoit pas de souffle splénique.

*Appareil circulatoire.* — Rien à noter du côté du cœur, sa pointe bat dans le 5<sup>e</sup> espace intercostal. Le pouls est fréquent (132 pulsations). On entend un léger souffle anémique au niveau des vaisseaux du cou. Il n'y a eu ni purpura, ni hémorrhagies sous-muqueuses. Il y a quinze jours la malade a présenté une épistaxis qui s'est répétée le lendemain. Cette épistaxis n'a eu aucun caractère de gravité et ne s'est pas reproduite depuis.

*Sang.* — Le sang recueilli par piqûre  
la petite plaie saigne peu.

L'examen numérique a fourni comme

N	=	2.077.00
R	=	1.108.15
G	=	0.53
L	=	158.00

On constate donc une grande pauvreté en globules rouges et surtout en hémoglobine. Il y a 13 hématies.

*Appareil respiratoire.* — La malade n'a pas d'expectoration ; pas de dyspnée. A la percussion on a un peu de ma-

colonne vertébrale. Les bruits respiratoires sont diminués dans le poumon droit, presque éteints à la base.

*Urine.* — Voici les résultats fournis par l'analyse des urines :

Volume pour 24 heures, 1400 cc., aspect limpide, réaction acide, densité 1.009. Il n'y a ni sucre, ni albumine ; quantité d'urée par litre 15 gr. 37, acide urique 0,63, acide phosphorique 0,80 et chlore 0,50.

Ces quantités rapportées à 24 heures donnent :

Urée. . . . .	21 gr. 51
Acide urique . . . . .	0 gr. 88
Chlore . . . . .	0 gr. 70
Acide phosphorique. . . . .	1 gr. 12

Ce taux d'élimination ne présente rien de bien normal.

*Appareil génital.* — Ainsi que nous l'avons déjà relaté, la menstruation est supprimée depuis le 20 avril.

*Appareil nerveux.* — La malade est calme, plutôt apathique pendant la journée. Elle a un peu d'insomnie la nuit. Elle n'a jamais eu de délire, ni aucun trouble nerveux.

*Température.* — La température de la malade est très élevée, elle atteint 39°8 le soir de son entrée ; les jours suivants elle est restée proche de 39°6, puis de 39°3, à l'exception d'une légère rémission (38°) qui s'est produite le 19 juillet matin.

*Diagnostic.* — Nous nous trouvons donc en présence d'une lymphadénie avec leucémie à début lent et insidieux, mais dont l'allure, d'abord chronique, a subi une poussée aiguë et une aggravation rapide.

*Traitement.* — Nous essayons de remonter les forces de la malade, mais nous nous heurtons à une intolérance de l'estomac pour les aliments solides. Une vessie de glace est appliquée sur la région splénique.

La malade est soumise au traitement arsenical sous forme de liqueur de Fowler à l'intérieur.

Le 21 juillet, la température était de 39°3 le matin, la numération des globules donna les résultats suivants :

Hématies . . . . .	2.077.000
Leucocytes . . . . .	46.500
Rapport . . . . .	1/44

Cette apparente amélioration dans l'état du sang contrastait avec l'état de faiblesse croissant de plus en plus. Nous ne pouvions pas attribuer une diminution si brusque des globules aux quelques gouttes de liqueur de Fowler, que la malade a pu absorber.

Mais c'est un fait qui n'est pas exceptionnel dans la leucémie, qu'une disparition subite des globules blancs à l'approche du terme fatal de la maladie. EISENLOHR, SERIAG, MÜLLER, GILBERT l'ont déjà signalé. La courbe thermique plaide aussi en faveur de cette interprétation ; la température était :

Le 21 au soir à 39°2 ;	
Le 22 matin 38°2, soir 37°9 ;	
Le 23 matin 36°4, soir 37°1 ;	
Le 24 matin 35°8.	

La fréquence du pouls a diminué progressivement mais faiblement avec la température ; de 132, les pulsations sont passées à 100°.

Les parents, voyant la malade décliner rapidement, ont tenu à la reprendre, mais tout nous fait prévoir que la mort de la malade est très proche, si elle n'est déjà survenue à l'heure où nous rapportons son histoire.

Nous avons donné cette observation, tout incomplète qu'elle soit, à titre de contribution à l'étude clinique des lymphadénies. Nous regrettons que les circonstances nous aient contraints à limiter là notre étude.

## Recherches sur la glycosurie alimentaire chez les femmes enceintes

PAR MM.

F. Combemale,  
Professeur de clinique médicale,

ET

M. Oul,  
Agrégé d'accouchement.

Les recherches dont nous apportons aujourd'hui les résultats au Congrès de Médecine ont été faites sur des femmes enceintes entrées, pour se faire soigner, dans le service de clinique médicale de la Charité.

Les analyses chimiques et les expériences ont été faites au laboratoire des cliniques de pharmacie, avec le concours de M. CARRIÈRE et DEROIDE.

Dans tous les cas, l'épreuve de la tolérance ne fut faite qu'après analyse complète et négative des urines émises en vingt-quatre heures, l'absence complète d'éléments anormaux dans les quantités habituelles des urines.

Voici, maintenant, les résultats :

OBSERVATION I. — II pare, 22 ans. Gravidité normale, phénomènes pathologiques.

Absorption à jeun de 75 grammes de sucre. La présence de la glycose est constatée dans les urines recueillies une heure et deux heures après le repas, mais pas de défaut dans les urines des troisième, quatrième et cinquième heures.

OBSERVATION II. — II pare, 21 ans. Gravidité normale, sans complications.

Perméabilité rénale normale (épreuve de la tolérance). Absorption à jeun de 75 grammes de sucre. La glycose est constatée dans les urines recueillies une heure et deux heures après le repas.

Toxicité urinaire. — 82 cmc. sont neutralisés par un kilogr. de lapin (vitesse d'écoulement 2 ccm. par minute).

OBSERVATION III. — VII pare, 34 ans. Gravidité normale. Tuberculose pulmonaire au premier degré. Epreuve de la perméabilité rénale normale.

Toxicité urinaire. — 120 cmc. d'urine sont neutralisés par un kilogr. de lapin.

Absorption à jeun de 75 grammes de sucre. Les urines sont recueillies toutes les heures. La glycose est constatée dans les urines des premières heures ; la dose maximale, dans les urines des heures après l'absorption du sucre.

OBSERVATION IV. — II pare, 20 ans. Gravidité normale. Attaques convulsives.

Grossesse de trois mois. — Quelques épreuves de la perméabilité rénale normales.

Absorption à jeun de 75 grammes de sucre. Présence de la glycose constatée dans les urines pendant les trois premières heures.

23 ans. Grossesse de cinq mois,

mentaire comme ci-dessus.

Les urines des quatre premières heures de la cinquième heure.

c. d'urine sont nécessaires pour

22 ans. Grossesse de quatre mois,

alimentaire, faite dans les mêmes conditions absolument négatifs.

urénale par le bleu de méthylène normal.

présent, rien conclure d'observations. Les résultats que nous avons eus que BROCHARD a publiés à l'ombre 1898) et que CHARRIN a l'Académie des Sciences, avec leurs auteurs avaient employé la glycose et la saccharose à dose peu

l'appeler l'attention sur ce fait nous pu explorer la perméabilité de la toxicité urinaire, nous avons un résultat régulier du rein en même temps ne manifeste et que, dans tous les cas, l'urée alimentaire a été obtenue.

### Cas d'empoisonnement par Stramonium

J. Tondeur,

docteur en médecine légale à la Faculté.

Le 12 septembre, nous avons vu M. le professeur agrégé Saint-Sauveur, deux cas d'empoisonnement à l'ingestion de graines de Datura. Il nous a donné la rareté de ce genre d'empoisonnement et nous a fait deux observations :

L'après-midi du 12 septembre, M. Joseph, âgé de 9 ans et demi, a ingéré les graines contenues

dans les premiers symptômes. MM. les docteurs WARTEL et BRÉRENT, de la famille, voient le jeune B... en proie à un délire. Ils constatent les symptômes désordonnés, délire, face injectée, dilatation très grande de l'iris (à peine visible). En l'absence du jeune B..., le docteur Tondeur, en jouant dans un

jardin, a mangé des graines d'une plante. Cette plante a été reconnue pour être le Datura.

On administre au jeune B... un vomitif, du café, du tannin ; on lui fait plusieurs piqûres d'éther.

L'état du petit malade semblant s'aggraver, MM. les docteurs WARTEL et BRÉRENT conseillent à la famille de le faire transporter à l'hôpital Saint-Sauveur.

Vers minuit, l'enfant entre dans le service de M. le professeur-agrégé AUSSET.

L'interne de garde constate les symptômes suivants : Face rouge ; peau très chaude, pupilles fortement dilatées. Agitation extrême, hallucinations, délire. L'enfant tient des propos incohérents. Pas de convulsions. Pouls : petit et rapide. 160 pulsations.

On administre un vomitif (0,50 centigrammes de poudre d'ipéca).

Pendant la nuit : délire, hallucinations, agitation extrême (Le malade veut sortir de son lit). Vomissements abondants ; pas de diarrhée.

13 septembre, neuf heures du matin : Dilatation pupillaire très marquée. Face congestionnée. Peau chaude. Agitation très vive. Hallucinations de la vue (Le malade croit voir des chevaux autour de son lit).

Le malade répond avec une loquacité extraordinaire aux questions qui lui sont posées.

Entre deux questions, il tient parfois des propos incohérents.

Le jeune B... accuse une sensation de cuisson dans la bouche, la gorge et le long de l'œsophage. La langue est rouge ; céphalalgie frontale très intense ; pas de bourdonnements d'oreille ; pas de surdité.

La vision à distance est normale ; la vision de près semble diminuée. La vision des différentes couleurs est bien nette. Le jeune B... accuse d'une façon très nette une sensation de mouches volantes passant devant les yeux.

Sensibilité générale légèrement émoussée ; pas de paralysies des membres ; pas de tremblement ; pas de convulsions ; les battements cardiaques sont bien frappés ; pas de bruits anormaux ; pouls : 84 pulsations ; température : 37°2.

Pas de vomissements, pas de diarrhée.

Le malade n'éprouve pas de besoins fréquents d'uriner. Pas de sensation de brûlure au moment de la miction.

Les urines, de coloration normale, ne renferment ni albumine, ni sucre.

En entendant parler le jeune B..., on est frappé de la raucité de sa voix.

Dans la matinée, on administre un lavement purgatif. Ce lavement est suivi de plusieurs selles diarrhéiques renfermant des graines de Datura. On administre également de l'eau iodée, du tannin, du café.

Vers 5 heures de l'après-midi, les différents symptômes ont diminué d'intensité. Dilatation pupillaire moins marquée. Le malade accuse encore une sensation de brûlure dans l'arrière-gorge et le long de l'œsophage. Le délire et les hallucinations persistent. Nuit assez agitée.

14 septembre. Plus d'agitation, plus de délire. Dilatation pupillaire très faible. Le malade, qui répond

très facilement aux questions qui lui sont posées, accuse encore une sensation de brûlure le long de l'œsophage, sensation moins marquée que la veille. Ni diarrhée, ni vomissements. Urines normales.

15 septembre. Tous les symptômes observés les jours précédents sont disparus. L'enfant sort du service complètement guéri.

**OBSERVATION II.** — Dans le courant de l'après-midi du 12 septembre, vers six heures, la jeune G..., Adrienne, ingère les graines contenues dans deux fruits de Datura.

Vers sept heures, apparaissent les premiers signes de l'intoxication. MM. les docteurs WARTEL et BIÉRENT, qui voient la jeune G... vers huit heures, constatent chez elle les mêmes symptômes que chez le jeune B..., Joseph. Même traitement.

L'enfant entre dans le service de M. AUSSET vers minuit.

Nous ne relaterons pas en détail les phénomènes cliniques que nous avons observés : ils sont en tout semblables à ceux que nous avons notés chez le petit garçon précédent, et les deux tableaux symptomatiques étaient absolument identiques. Cela tient très vraisemblablement à ce que l'action du poison était arrivée à la même période, les enfants l'ayant absorbé simultanément, à une dose sensiblement égale, et l'âge des deux sujets étant à peu près le même.

Le traitement a été le même que dans le cas précédent.

15 septembre. Tous les symptômes sont disparus. L'enfant sort de l'hôpital complètement rétablie.

Le Datura Stramonium (Stramoine, pomme épineuse), Solanée originaire d'Amérique, est assez commun en Europe. Cette plante se rencontre principalement dans les terrains sablonneux, sur le bord des chemins, où elle croît spontanément. On la trouve assez souvent dans les jardins, cultivée comme plante ornementale.

Le fruit du Datura est caractéristique. C'est une capsule épineuse ayant les dimensions d'une noix. Cette capsule renferme des graines noires, réniformes. A l'état de maturité, ces graines présenteraient, paraît-il, une saveur assez agréable.

Les diverses parties de la plante, le fruit, en particulier, renferment un principe actif, très toxique, la daturine.

Cet alcaloïde, possédant les propriétés de l'atropine, est considéré, par quelques auteurs, comme un mélange d'hyosciamine et d'atropine.

L'empoisonnement par le Datura est commun aux Indes. « Le Datura est surtout employé par les Hindous pour produire l'insensibilité et le délire qu'ils cherchent dans quelques-unes de leurs pratiques criminelles. Les médecins anglais qui ont exercé dans ces

contrées signalent les effets rapides des préparations du Datura » (1).

En France, cet empoisonnement est assez rare. Nous en trouvons plusieurs observations dans la thèse de Lautier (2).

L'auteur de cette thèse qui, vers l'âge de 14 ans, présenta des symptômes d'intoxication d'une certaine gravité, après avoir ingéré accidentellement des graines de Datura, publie sa propre observation dans son travail.

En 1896, M. le professeur DIEULAFOY a publié une très curieuse observation, dans laquelle trois adultes sont empoisonnés à la suite de l'ingestion d'un plat d'épinards, renfermant des feuilles de stramoine. La confusion entre les deux plantes est, paraît-il, possible. Quand la stramoine est toute jeune, elle offre, pour un œil peu connaisseur, l'aspect d'un pied d'épinard monté (3).

Dans toutes ces observations, nous retrouvons la même symptomatologie ; nous pouvons la résumer ainsi :

Congestion de la face, dilatation pupillaire très marquée, sécheresse de la bouche, sensation de brûlure dans le pharynx et le long de l'œsophage, ivresse rappelant l'ivresse alcoolique, vertiges, hallucinations de la vue, pouls généralement petit et rapide, raucité de la voix, troubles de sensibilité.

Le traitement de cette intoxication comporte plusieurs indications. Il faut évacuer le poison qui se trouve dans l'estomac et dans l'intestin.

Pour ce faire, on administre un vomitif, de la poudre d'ipéca, par exemple, à la dose de 0,50 centigrammes à 1 gramme.

On peut avoir recours à la sonde œsophagienne et à la pompe stomacale.

Quand on juge que la substance toxique est passée dans l'intestin, on administre un purgatif ou un lavement purgatif.

Il faut aussi s'efforcer de neutraliser le poison qui peut rester dans le tube digestif.

Dans ce but, on administre du tannin, de l'infusion de café, de l'eau iodée (BOUCHARDAT). Enfin il importe de favoriser la diurèse (le poison s'éliminant par les reins) ; on administrera alors des tisanes diurétiques.

(1) TARDIEU. *Etude médico-légale et clinique sur l'empoisonnement*. Paris, 1875.

(2) LAUTIER. *Thèse de Paris*, 1875.

(3) *Presse Médicale*, 1896, n° 182.



quer un trouble nervo-moteur local périphérique portant sur le système nerveux abdominal. Mais on ne peut nier l'énorme influence de la ptose dans la pathogénie de cette colite : cette ptose entrave le cours des matières, et d'autre part la sangle ventrale relâchée n'agit plus pour les faire progresser. Des troubles sécrétoires se manifestent par une hypersécrétion des glandes de l'intestin.

La stase détermine la résorption de la partie liquide du contenu intestinal ; les matières durcies deviennent ovillées et, par leur contact prolongé, irritent la muqueuse. Ceci aggrave encore la constipation : des réflexes surviennent, amenant de violentes contractions spasmodiques, segmentaires, se faisant sur place et n'activant nullement la marche des fèces vers le rectum. Les glandes réagissent alors en sécrétant des quantités considérables de mucus. Toute la partie liquide de ce mucus se résorbe ; les mucosités se concentrent en masses rubanées, en cylindres qui s'accroissent aux parois de l'intestin.

L'intestin distendu finit par réagir, la débâcle survient, qui le vide. Il est des cas pourtant où l'obstruction se constitue. Il reste à expliquer les poussées fébriles signalées par MATHIEU : force nous est bien d'admettre l'intervention d'infections secondaires. Tout d'ailleurs concourt à les faciliter : l'état de la muqueuse, dépourvue de son épithélium, les matières en fermentation qui font de l'intestin un merveilleux milieu de culture. Le colibacille domine et on doit lui attribuer une bonne part des accidents. Il est des cas pourtant où, seules, apparaissent des poussées s'accompagnant de malaise général, de prostration, de courbature ; la fièvre ne se montre pas, mais la cachexie s'installe : l'auto-intoxication doit ici être mise en cause.

## BIBLIOGRAPHIE

**La pratique des accouchements.** — Obstétrique journalière, par HENRI VARNIER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, accoucheur des hôpitaux, secrétaire général de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie. — Paris, G. STEINHEIL, éditeur.

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'analyser en un espace restreint, le beau livre que VARNIER vient de livrer au public médical. Comment, en effet, dans une brève notice bibliographique, entrer dans le détail des 450 pages qui composent cet ouvrage et des 387 figures qui l'illustrent ?

Je me contenterai donc d'indiquer le but cherché par l'auteur et d'examiner s'il l'a atteint et de quelle façon.

Le but, VARNIER l'indique excellemment lui-même, dans la préface et je ne puis mieux faire que de lui laisser la parole sur ce point : « Le programme est le suivant : étant donnée une femme qui se croit enceinte et vient vous consulter, reconnaître sa grossesse, la surveiller et la conduire sans encombre jusqu'au terme, faire que l'enfant naisse vivant, en présentation du sommet, que la délivrance soit simple et complète et les suites de couches aseptiques. C'est, en résumé, la pratique raisonnée de ce que l'on pourrait appeler, avec GUILLEMEAU, « l'heureux accouchement. »

Ce programme a eu, tout d'abord, un résultat heureux. Le livre de VARNIER est débarrassé des trop longues pages con-

sacrées dans les traités classiques à l'anatomie et à la physiologie des organes génitaux à l'état de vacuité et à l'embryologie. Ici, point de ces fastidieux chapitres copiés plus ou moins de discernement et d'habileté de physiologie. C'est un livre que d'obstétrique.

Est-ce à dire que l'auteur, tombant sans lesquels il est raisonnable la pratique obstétricale d'affirmer que dans aucun *logie de l'utérus puerpéral* soin et sur des documents chapitres consacrés à l'utérus à l'attitude du fœtus à terme ment compte de l'utilité de trop souvent négligées jusqu'ici de méditer l'étude ana comparer aux descriptions cheurs. Il verront facilement réels modifie heureusement

L'originalité de ce livre, le justement le soin apporté ne soit appuyé sur des documents anatomiques de d'autres, mais toujours mer

C'est, ici, le lieu de dire de l'iconographie dans le livre partie anatomique, mais aussi très photographiquement. avons sous les yeux et nous d'avoir donné à son livre ce outré de réalisme ».

Appuyé sur des bases anatomiques VARNIER a mis dans son livre et de professeur. Il a su, tout importantes, ne pas négliger démonstrations une tournure facile la lecture. Il a réussi à de faits qui est en même temps

Ce livre est destiné aux élèves aux autres il rendra les plus un enseignement véritablement tique, un enseignement basé pas sur des impressions ou s

« Dans ces leçons pratiques suis efforcé de condenser ce étudié que dans une clinique l'expectante de la parturiente toire et à la salle d'autopsie

Après avoir lu son livre, c'est que, après ces leçons, la fois si brillantes, VARNIER donne quelques leçons pratiques, aussi instructives et

## NOUVELLES

### UNIVERSI

Le vendredi 3 novembre composé de MM. DUBAR WERTHEIMER, Ont, les épre

A l'épreuve écrite sort urinaire ; Symptômes, diagnostics, résécutions. A l'épreuve orale de la méningite tuberculeuse nouvellement introduite d questions : Manuel opératoire après l'accouchement ; Trai



aves, ont été nommés :  
MM. BONNEFOY, LESNE, DUVIVIER,  
Internes provisoires : MM. PAUCOT,

*l'adjuvat d'anatomie*, commencé le  
y composé de MM. les professeurs  
RTHEIMER, LAGUESSE, JÉDART, asses-  
ne préparation de pièces sèches :  
*supérieur à partir de l'humérale, les  
sur à partir de la fémorale; la capsule*

ieu l'épreuve écrite : *glandes sali-  
n salivaire*, puis l'épreuve orale :

es, MM. ROMIGNOT et COLLE ont été  
x places libres d'aide d'anatomie.  
en troisième ligne.

internes pour l'obtention des prix  
amicale des internes et anciens  
a eu lieu les mardi 31 octobre et

ion sortie de l'urne était : *Etiologie,  
le ascite*. Le diagnostic des malades  
u : *rhumatisme polyarticulaire aigu*  
autre : *hémianesthésie, hémitreble-  
le hystérique*. M. DUBOIS a été pro-

écrit à traiter était : *Traitement du  
ral*, ont été examinés, un malade  
*avec ascite et pleurésie droite tuber-  
teur d'un ulcère variqueux*. M. LA-  
réat.

des Facultés, que l'Echo médical  
e année d'un numéro spécial, dit  
rnée à des temps meilleurs; ainsi  
e l'Université.

de la Faculté de médecine vient  
par le Conseil de la Faculté. La  
revêtira ne sont pas encore fixés,  
ales préviendront les étudiants en

compenses aux étudiants : prix de  
ses, prix divers, y sera proclamée.  
sure d'annoncer dès maintenant à  
qui concerne le **prix de thèses**, la  
ans ce but propose, pour la *medaille*  
OUTON; pour la *medaille d'argent*,  
les *medailles de bronze*, MM. les  
et CAUMARTIN, M<sup>me</sup> la doctoresse

'Université a été attribué à M. RA-  
itaux, pour son mémoire sur les  
la moelle.

**oyance et de secours mutuels  
lu département du Nord**

a, se tenait, à Douai, l'assemblée  
**Association de prévoyance et de  
médecins du département du Nord**.  
OLIVIER présidait, constatant la 40<sup>e</sup>  
ssociation. Par une courtoise atten-  
su gré au bureau, l'assemblée, qui  
n juillet, avait été reculée au mois  
Congrès français de médecine ne

souffrit pas d'une coïncidence de dates, toujours fâcheuse  
pour les deux solennités.

Des 336 sociétaires, 37 étaient présents à la séance et au  
banquet. Nous notons bien volontiers leurs noms et les  
proposons en exemple aux affiliés moins zélés : MM. les  
docteurs OLIVIER, DUBAR, LOOTEN, SURMONT, NOQUET, COM-  
BEMALE, CHARMEIL, FOLET, OUI, RICHARD-LESAY, GAUDIER,  
COLLE, PATOIR, LEMOINE, CARLIER, DELÉARDE, de Lille;  
SOCKEEL, MONNIER et BAUDE, de Douai; BUISSON, d'Aniche;  
DERVILLE, de Roubaix; FICHAUX, de Tourcoing; CANONNE,  
d'Anzin; ROSSIGNEUX, du Cateau; REUMAUX, de Dunker-  
que; DRANSART et DELTOMBE, de Flines-les-Raches; VAN-  
DAME et CAFFEAU, d'Aniche; DELBREIL, de Denain; TRAM-  
BLIN, de Bermerain; DRANSART, de Dorignies; COPIN, de  
Lourches, WILLOT, de Valenciennes; TOFFART, de Frelai-  
ghien; SERGENT, de Fontaine-Notre-Dame; DUBUS, d'Es-  
caudain; RYCKELYNCK, de Rosendaël.

\*. L'Assemblée a tout d'abord procédé à l'admission  
des nouveaux membres, 23, admis, du reste, à l'unani-  
mité. Voici les noms de ces confrères :

*Arrondissement d'Avesnes*. — MM. les docteurs AUTIER,  
CIRON, de Maubeuge; DROUIN, LEBON, de Sous-le-Bois-  
Maubeuge; MORAUX, d'Hautmont; FICHAUX, de Sars-Pote-  
ries; RICHE, de Jeumont.

*Arrondissement de Douai*. — MM. les docteurs DRANSART,  
de Flines-les-Raches; GUGELOT, de Waziers; LEGRAIN, de  
Raimbeaucourt; CAFFEAU fils, d'Aniche; HÉRIN, de Fêchain;  
TOISON, de Douai; BRET, de Dorignies.

*Arrondissement de Dunkerque*. — M. le docteur NEVEJAN,  
de Ghyvelde.

*Arrondissement de Lille*. — MM. les docteurs L. VIKON  
et DEFAUX, de Lille; CHOCQUET, d'Armentières.

*Arrondissement de Valenciennes*. — MM. les docteurs  
SCHULTZ, de Bruay; CHATELIN, de Denain; DEFRISE, de  
Wailers; VIENNE, de Bouchain.

*Du Pas-de-Calais*. — M. le docteur SARRAZIN, de Bre-  
bières.

\*. Ensuite, M. le Président, dans une allocution pleine de  
charme, s'est acquitté de la tâche de saluer les disparus, de  
féliciter les récompensés. Dix sociétaires ont succombé dans  
l'année : MM. les docteurs BOLLAERT, de Bergues; DURIAU,  
de Dunkerque; DELASSUS, de Merville; CHOTEAU, de Saint-  
Maurice-les-Lille; DUPAS, de Wallers; LE JEMBLE, de  
Floyon; HÉRIN, de Fêchain; BLANCKAERT, de Rumegies;  
WALLEZ, de Croix; ROBERT, de Ligny-en-Cambrésis, dont  
les mérites professionnels ont été loués comme il convenait.

Le rappel des nominations du docteur CALMETTE au  
grade d'officier de la Légion d'honneur et d'officier de l'Ordre  
de Léopold; du docteur TAUCHON, de Valenciennes, au grade  
de chevalier de la Légion d'honneur; de MM. BUISSON,  
d'Aniche; BAUDRY, LEMOINE, RICHARD DE RICOUART, de Lille,  
au titre d'officier de l'Instruction publique; de MM. CHARMEIL,  
OUI, de Lille; DURIAU, de Dunkerque; PASCALIN, de St Pol-  
sur-Mer, au titre d'officier d'Académie, a été souligné  
d'applaudissements flatteurs.

\*. M. NOQUET, le diligent secrétaire-général de l'Asso-  
ciation, donne ensuite lecture du compte-rendu des tra-  
vaux de l'année.

Dans son rapport, M. NOQUET passe, tout d'abord, en  
revue ce qui a été fait, jusqu'ici, par l'Association générale  
des Médecins de France, dans le but de mettre ses statuts  
en harmonie avec la loi du 1<sup>er</sup> avril 1898, sur les Sociétés

de secours mutuels. Le projet du Conseil général de l'Association a été longuement discuté par l'Assemblée générale des Médecins de France, tenue à Paris, les 9 et 10 avril dernier. Finalement, l'Assemblée a voté : 1° Que l'Association resterait une société de secours mutuels ; 2° Que l'Association créerait des caisses indemnité-maladie et de retraite.

Après le vote de ces deux propositions, il fut décidé que le Conseil général élaborerait les nouveaux statuts et les soumettrait à une Assemblée générale qui se réunirait le 25 juin. Cette Assemblée, qui a été remise, depuis, à une date ultérieure, aura lieu, sans doute, avant la fin de l'année, ou, au plus tard, au commencement de l'année prochaine, puisque, d'après la loi, les statuts doivent être modifiés avant le 1<sup>er</sup> avril 1900.

M. NOQUET donne ensuite le détail des fonds possédés par l'Association générale. L'avoir de l'Association était, à la fin du précédent exercice, de 2.036.745 fr. 29. Pendant l'exercice 1898-1899, il a augmenté de 74.398 fr. 02, et monte, par conséquent, à 2.111.383 fr. 31.

Il a été créé onze nouvelles allocations annuelles de 800 francs, dont dix définitives et une accordée pour un an seulement. Un membre de l'Association du Nord a reçu une allocation définitive.

A propos de ces allocations, qui ont remplacé, depuis deux ans, les pensions viagères, M. NOQUET rappelle les services rendus par la Caisse des Pensions. Créée en 1863, cette Caisse a commencé à fonctionner en 1873. Depuis cette époque jusqu'en 1898, c'est-à-dire en vingt-quatre ans, la Caisse a pu délivrer 293 pensions.

Quant aux Sociétés locales, elles ont distribué, en secours annuels, depuis 1861 jusqu'à ce jour, une somme de 1.538.796 fr. 39 c., soit plus de 40.000 fr. par an.

Ces chiffres font constater, une fois de plus, la grande utilité de l'Association et montrent le chemin parcouru par cette Œuvre, depuis sa fondation jusqu'à l'époque où une loi nouvelle va modifier son fonctionnement.

Ces services ne sont, du reste, pas les seuls, et M. NOQUET a tenu à indiquer tout ce que l'Association des Médecins de France avait fait au point de vue de la défense des intérêts professionnels. Il a reproduit, à cet effet, les lignes écrites de M. LEREBOLLET, dans le rapport lu à la dernière Assemblée générale des Médecins de France.

M. NOQUET a ensuite parlé de deux vœux adoptés par la dernière Assemblée générale des Médecins de France et d'une question concernant spécialement l'Association du Nord. Il a terminé de la façon suivante :

« En résumant, tout à l'heure, le rapport de M. LEREBOLLET, j'ai voulu vous faire constater les services rendus par l'Association générale et par les Sociétés locales, depuis leur fondation. Ceux de la Société du Nord vous sont suffisamment connus pour que je n'aie pas besoin d'insister.

» Les statuts de l'Association vont être modifiés prochainement. Bien qu'il soit impossible de dire, exactement, dès aujourd'hui, dans quel sens se feront ces modifications, les points acquis, jusqu'ici, permettent d'affirmer que l'Association saura se rendre de plus en plus utile et qu'elle continuera à marcher dans la voie du progrès ».

\*\*\* Enfin, M. LOOTEN, trésorier, expose la situation financière, qui continue à être très prospère : L'avoir total de l'Association se montant à 45.561 francs 70, en augmentation de 816 francs sur l'exercice 1898.

Il a été distribué 2.830 francs de secours. 400 francs ont été votés pour la Caisse des Pensions viagères et 200 pour la Caisse des Veuves et Orphelins.

\*\*\* La mort ayant fait disparaître l'un des délégués de Dunkerque, on pourvoit à son remplacement en élisant le docteur REUMAUX. Le centre lillois demande d'autre part un autre vice-président et un nouveau délégué. En raison des services déjà rendus à l'Association par les délégués d'Hazebrouck et de Tourcoing, MM. les docteurs DECOOL et FICHAUX sont élus vice-présidents ; puis M. RICHARD-LESAY, de Lille, l'ancien et si dévoué président du Syndicat médical de Lille, est nommé délégué pour Lille.

\*\*\* La ville de Dunkerque est ensuite désignée comme le siège de la 41<sup>e</sup> réunion de l'Association. La séance est enfin levée.

\*\*\* Peu après, la séance recommençait, mais non plus dans la salle mise à notre disposition dans le Musée douaisien. Le restaurant des Palmiers nous accueillait, avec le menu suivant, dû à la savante collaboration du Dr SOCKEEL et de M. FOUSSART. Inutile de dire que le plus grand honneur fut fait au repas.

### MENU

Huitres Anglaises.  
Potage Colbert.  
Soles Marigny.  
Filet de bœuf à la française.  
Suprême de Volailles.  
Petits pois Duchesse.  
Sorbets.  
Coqs faisans rôtis.  
Pâté d'Alouettes truffé.  
Ecrevisses au pouilly.  
Bombe Marcelline.  
Fruits. — Desserts.

Sauterne et Chablis 1883. — Léoville 1889. — Champagne frappé.  
— Pommart 1884. — Niersteiner 1874. — Louis Roederer.

Les toasts portés, la chansonnette médico-grivoise commença, suivie d'une poésie médicale, que les lecteurs de l'Echo trouveront ci-après, et qui, dite par l'auteur, le docteur DRANSART, de Doriguies, avait une saveur toute particulière.

L'heure du train termina seule cette réunion, si réussie dans ses deux séances.

### Les médecins à bicyclette.

De notre temps la plus noble conquête  
Est la légère et douce bicyclette ;  
L'Homme porté sur ce double cerceau  
Se meut sans bruit aussi prompt que l'oiseau.

Il y ressent la triple jouissance  
De voyager avec indépendance,  
De fendre l'air avec rapidité  
Et d'être utile à sa propre santé.

Dans tous les rangs, en tous lieux, à tout âge,  
Chacun lui rend un légitime hommage,  
Et c'est ainsi qu'on voit les médecins  
A bicyclette arpenter les chemins.

Et cependant, avec cette monture,  
Le cavalier n'a pas grande figure ;  
Le corps vouté, les bras fixés devant,  
L'œil inquiet, il n'est pas imposant.

On ne voit point au milieu d'une fête  
L'Homme du jour paraître à bicyclette.  
Cet instrument, si bien qu'il soit monté,  
Ne convient point à la solennité.

à médecine  
cette machine?  
aux docteur  
si-il à la hauteur?

mmment aux temps antiques  
nt voir leurs pratiques;  
que, par respect de l'art,  
sporter dans un char.

te, on pensa que le diable  
être vénérable,  
rit malicieux,  
ait majestueux.

le docteur, en ville,  
à domicile,  
médecin fameux  
coupé luxueux.

aticiens de village,  
is avions pour usage  
x cabriolet,  
al poussif et laid.

ait point l'opulence,  
nd même une prestance.  
l'en pouvaient faire autant  
par tous les temps.

loin, la clientèle  
mpagnon fidèle...  
nspirait la nuit  
on entendait le bruit!

oujours poétique :  
gnon, domestique,  
ubarras de fumier,  
et foin dans le grenier.

ormes mémoires  
npiôts vexatoires;  
de nous ménager,  
ur nous faire enrager.

icille Rossinante,  
es nous désenchante.  
ins ne trompe pas  
our nous plein d'appâts.

up de pied n'est à craindre,  
attend sans se plaindre;  
ts, on n'en a plus besoin,  
dmage aucun soin.

n nourriture,  
où la vie est si dure,  
our nous tout puissant,  
re plus bienfaisant.

i vont en bicyclette;  
la vieille étiquette;  
beaux résultats  
un luxe d'apparats.

c à l'apparence,  
age s'offense,  
ir fastueux  
la poudre aux yeux.

n ballons dirigeables,  
aucoup plus respectables,  
trouvera bien mieux,  
être envoyés des cieux.

lette docile,  
n vite à domicile.  
malade sauvé,  
docteur est arrivé.

DU SYSTEME NERVEUX

**NE PRUNIER**

(strate de Chaux pur)

**CATARRHES. — L'Emulsion**  
eure préparation créosotée. Elle  
t l'expectoration.

## Statistique de l'Office sanitaire de Lille

43<sup>e</sup> SEMAINE, DU 22 AU 28 OCTOBRE 1899

AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE											Masculin	Féminin
0 à 3 mois.											6	3
3 mois à un an											4	2
1 an à 2 ans											1	"
2 à 5 ans											3	"
5 à 10 ans											"	1
10 à 20 ans.											1	4
20 à 40 ans.											6	6
40 à 60 ans.											13	10
60 à 80 ans.											11	10
80 ans et au-dessus											3	3
Total											50	41

NAISSANCES par quartier											6	5	18	20	8	12	4	7	19	4	1	104
TOTAL des DÉCÈS											4	14	12	14	4	21	15	25	9	1	2	91
Autres causes de											1	6	5	9	3	9	2	2	4	1	1	43
Homicide											"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Suicide											"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	1
Accident											"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Autres tuberculeuses											"	"	"	"	"	1	"	"	"	"	"	1
Ménagite											"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Pneumonie pulmonaire											1	1	"	"	"	7	3	"	1	"	"	13
Diarrhée et entérite											"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
plus de 5 ans											"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
de 2 à 5 ans											"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
moins de 2 ans											"	"	"	5	2	"	1	"	"	"	"	10
Maladies organiques du cœur											"	1	1	1	1	1	1	"	1	"	"	6
Bronchite et pneumonie											2	5	1	1	"	1	"	"	1	"	"	11
Apoplexie cérébrale											"	1	"	"	"	1	"	"	"	"	"	3
Autres											"	"	"	"	"	"	"	"	1	"	"	"
Coqueluche											"	"	"	"	"	"	"	"	1	"	"	1
Group et diphtérie											"	"	"	"	"	"	"	"	1	"	"	1
Fièvre typhoïde											"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Scarlatine											"	"	"	"	"	"	"	"	1	"	"	1
Rougeole											"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Variole											"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"	"

Répartition des décès par quartier	Total.
Hôtel-de-ville, 19,892 hab.	
Gare et St-Sauveur, 27,670 hab.	
Moulins, 24,947 hab.	
Wazemmes, 36,782 hab.	
Vauban, 20,381 hab.	
St-André et Ste-Catherine, 30,828 hab.	
Esquermes, 11,381 hab.	
Saint-Maurice, 11,212 hab.	
Fives, 24,191 hab.	
Canteleu, 2,836 hab.	
Sud, 5,908 hab.	
<b>Total.</b>	

# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, *Professeur de Clinique médicale à la Faculté*

MM. Aussot, professeur agrégé des maladies des enfants ; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédard, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphilligraphique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale

MM. Deléarde, professeur agrégé de rinologie, Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Kéraval, directeur des cliniques ; De Lapersonne, professeur de clinique ; Looten, médecin de Valenciennes, membre correspondant de médecine ; Moty, médecin principal ; Oul, professeur agrégé, chargé de clinique ; Surmont, professeur d'hygiène.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse

Les abonnés pour 1900, à L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier.

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Le mécanisme des sentiments de l'homme (suite), par le docteur P. Kéraval — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES : Société centrale de médecine du Nord, séance du 10 novembre 1899. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Le mécanisme des sentiments de l'homme

par le docteur P. Kéraval,  
Directeur-médecin de l'Asile d'Armentières.

(Suite et fin)

#### II. — SENTIMENTS EN RAPPORT AVEC LES CONCEPTIONS

Le sentiment du plaisir ou de la peine constitue une propriété ou un caractère des sensations et des conceptions ; ces sentiments sont les nuances ou tons des impressions causées par les sensations ou les conceptions. D'autre part les nuances ou tons des impressions causées par les conceptions dérivent des sensations.

Toute sensation disparaît avec la disparition de l'excitation qui lui a donné naissance, en laissant après elle une image commémorative qui est la conception. Elle imprime donc à la conception, avec ses

autres caractères, la nuance qui lui est inhérente, qu'elle soit positive ou négative, agréable ou désagréable. La rose détermine la sensation, la sensation laisse après elle un souvenir quand je me représente la rose, quand l'image de la rose me revient, au milieu de ce souvenir est lié à une conception correspondante, la conception de son ton sentimental de la rose.

Aucune conception ne possède de valeurs sentimentales indépendantes. Nos conceptions sont donc, à leur texte, mais aussi qualifiées par les dérivées de nos sensations, de n'importe quelle vertu, par nous à une nuance sentimentale. Nous ne nous étions jamais sentis de gratitude que nous avons sentie, si bien que la louange du maître suffit pour nous donner l'esprit, une qualité dont nous ne nous étions jamais sentis les effets à un ton sentimental. Quand la sensation ne constitue plus qu'une conception mentale, l'idée, la conception, le développement de sentiment.

Le rapport existant entre la conception et le ton sentimental est souvent bien compliqué. Ce

ntaux des conceptions. Si, à us avons été victimes d'un ne blessure, à l'avenir le s'accompagnera d'un senti-plus, le souvenir du lieu un sentiment désagréable on d'objections rationnelles timent désagréable immo-nfluence de ce sentiment s observant attentivement, n rare que ce sentiment soit absent. Analysons ce : localité donnée excite en isuelle S°, en même temps ensation tactile S¹. La pre-n d'un sentiment, ou bien sentimental très faible. La u contraire accompagnée mental négatif intense. La e l'image commémorative ation de contact S¹ laisse u conception C¹. C° et C¹ tanément imprimées, sont ociation. L'image visuelle tout d'abord de ton senti-mémorative de contact C¹ ental négatif intense de la image commémorative de n sentimental complet ou orative visuelle C² qui se ssociation ; c'est ce qui fait ir de l'endroit où a eu lieu 'un sentiment désagréable, elle en question ne se soit on sentimental négatif. Et i devra son ton sentimental nsation qui en a été l'ori-nception associée à elle.

*sentimental de la concep-timentaux de la sensation.*

ensation de contact S¹ est ntimental de la conception °. La complication de ces and je revois la localité où sation visuelle S° se repro-équemment accompagnée e même sans que je sois tive du contact C¹. C'est que

l'idée commémorative visuelle C° a transmis aussi à la sensation visuelle S° son ton sentimental emprunté à l'idée commémorative du contact C¹ ou à la sensation du contact S¹ ; cette fois la sensation a emprunté son ton sentimental à la conception. C'est l'histoire de la mélodie accompagnée de paroles mélancoliques. Cette transmission des tons sentimentaux peut décrire un cercle complet. Un mécanisme semblable peut, entraînant une sorte de distorsion pathologique de la transmission, déterminer les troubles psychopathiques de la volonté.

La transmission du ton sentimental d'une conception à une autre mérite le nom d'*irradiation des sentiments intellectuels*, les *sentiments intellectuels* étant les tons sentimentaux des conceptions ou des *images commémoratives*, opposés aux *sentiments sensoriels* ou tons sentimentaux des sensations. Elle domine toute notre existence passionnelle, émotive, affective. Une fleur qui sent mauvais nous laisse un souvenir des plus désagréables ; l'idée partielle qui se rattache à l'odeur transmet à l'idée concrète totale de la fleur son ton sentimental. L'ensemble de nos actes est domine par des irradiations de ce genre. Telle est l'origine de nos antipathies, de nos sympathies, de nos jugements, de nos préventions. On appelle *réflexion* la réaction du ton sentimental irradié sur de nouvelles sensations.

Quand, dans une unité de temps, j'ai une sensation ou une conception, ou un petit nombre de sensations ou de conceptions assaisonnées d'un ton sentimental égal et fort, le grand nombre des autres conceptions et sensations survenues dans la même unité de temps qui ne sont accompagnées d'aucun ton sentimental ou qui sont accompagnées d'un ton sentimental faible sont colorées du ton sentimental de la conception ou sensation forte. C'est pourquoi très souvent nos sensations et conceptions dans l'intervalle de certaine unité de temps présentent une *homogénéité de tons sentimentaux*. Par abstraction nous résumons la moyenne des tons sentimentaux homogènes des sensations et conceptions existant dans une unité de temps donnée sous le mot *disposition de l'humeur* qui est une sorte d'équilibre. Cette espèce de stabilité disparaît quand pendant cette parcelle de temps surviennent plusieurs idées à ton sentimental fort, mais opposé.

Le jeu de l'association si compliqué des idées colorées de leurs tons sentimentaux propres, en rapport avec les sensations, et de leurs tons sentimentaux par

association et par irradiation, explique que nos sentiments intellectuels présentent un état de gradation excessivement fine et une complexité ténue, surtout en ce qui concerne les idées générales. La conception C', par exemple, a des liens d'association innombrables avec d'autres idées. Chacune de ces idées, pour peu qu'elle soit douée d'un ton sentimental assez fort, le fait irradier sur C'. Le ton sentimental de C' sera donc la résultante : 1° des tons sentimentaux des sensations qui sont le fondement de C' elle-même ; 2° des tons sentimentaux des conceptions reliées par association à C'. En outre, souvent C' se compose de conceptions partielles, ou même de systèmes entiers d'associations d'idées.

Cette complexité disparaîtrait si nos sentiments agréables et désagréables se distinguaient uniquement par l'intensité. Le ton sentimental de la conception la plus compliquée s'évaluerait assez simplement ; il serait la somme algébrique des tons sentimentaux des sensations à la base de cette conception et des conceptions associées. Mais cela n'est pas. Les innombrables sentiments qui font tressaillir le cœur de l'homme, l'envie, la colère, l'ambition, l'amour, et autres, sont évidemment de *qualités différentes*. Ce serait violenter les faits que de vouloir les emprisonner dans le cadre schématique représenté par les mots : sentiments agréables, sentiments désagréables. L'accord majeur et l'accord mineur provoquent en nous deux sensations qualitativement différentes quoique toutes deux agréables. Le sentiment agréable qui accompagne le premier est considérablement plus fort. Celui qui accompagne le second n'a pas la même qualité, tout agréable qu'il soit. Les profanes expliquent parfois cette différence de qualité par les qualificatifs dur et mou : accord dur, accord mou. Le sentiment d'aise que l'on ressent quand on perçoit la chaleur près d'un poêle en hiver est totalement différent du sentiment de plaisir que vous donne la sensation auditive d'un accord ou la sensation visuelle d'un ornement. Cette *diversité de la qualité sentimentale* est naturellement produite par la *diversité de la qualité de la sensation*, mais elle ne lui est point identique.

La différence qualitative du ton sentimental de la sensation se transmettant au ton sentimental intellectuel, le ton sentimental des diverses conceptions est constitué non pas seulement par son intensité, mais surtout par sa *qualité*. Toute addition algébrique est ici impossible. Toute conception reçoit des sensations

qui en sont le fondement, ainsi que par irradiation un grand nombre de tons sentimentaux qui sont d'une intensité différente et qui ont, au besoin, des signes algébriques inégaux, qui témoignent encore de différences qualitatives. De là, la genèse des *sentiments et dispositions de l'humeur*, compliqués, de nuances innombrables, qui, presque toujours, accompagnent la vie conceptuelle développée. Analysons l'envie. L'envie représente un ton sentimental complexe qui parfois accompagne, dans des circonstances bien déterminées, une sensation et une idée éveillées par une autre personne.

Je pense à une de mes connaissances qui a réussi à obtenir un minéral rare qui manque à ma collection. Avant qu'elle ne se fût procuré l'objet de mon envie, l'idée qu'elle éveillait en moi s'accompagnait déjà d'un ton sentimental un peu négatif. Depuis qu'elle a pu acquérir la pierre en question, l'idée qui naît en moi à propos de cette belle pierre enviée par moi s'associe à l'idée de son individu. Cette idée s'assaisonne d'un sentiment agréable et transporte ce sentiment, bien qu'à un faible degré, sur l'idée qui a rapport à cet individu. A cela s'associe encore l'idée de ma collection personnelle de minéraux à laquelle manque la pierre en question, cette idée-là est accompagnée d'un fort ton sentimental négatif d'une qualité spéciale. Ce ton sentimental irradie également sur l'idée concernant le même individu. Il s'y ajoute des idées relatives aux vains efforts que j'ai faits moi-même pour me procurer la pierre qui me manque ; ces conceptions s'agrémentent de sentiments spéciaux d'une intensité négative ferme, qui se transmettent aussi à l'idée de l'heureux possesseur du minéral que je n'ai point. Le sentiment d'envie qui accompagne les idées relatives à la personne que je connais est donc la résultante compliquée de toute une grosse catégorie de tons sentimentaux irradiés de conceptions associées. Parmi ces tons sentimentaux irradiés, quelques-uns sont topiques, propres au cas spécial examiné ici, les autres appartiennent typiquement à tout sentiment envieux. De ces derniers notamment relève le ton sentimental négatif de la privation proprement dite : ils devraient donc être admis à l'honneur d'une définition générale de l'envie. *Mais il faut se garder d'une définition générale des passions, des émotions*, et se borner à l'analyse psychologique des sentiments complexes propres à chaque cas particulier comme il vient d'être fait. C'est de cette manière que l'on obtiendra les éléments approfondis

ra à expliquer  
mentaux intel-

nos conceptions  
à laquelle ils  
se de cela que  
accompagnent  
les sensations.  
ion d'un trésor  
nelle s'unit au  
ar conséquent  
limitent aucu-  
addition aux  
iaires des con-

ux complexes ?  
essai de tracer  
a spécialisation  
La jalousie de  
collectionneur,  
de l'honneur ;  
nues entre les  
plus disparates.  
ve, comme les  
de ranger dans  
ités différentes,  
une gradation  
vision en senti-  
fs qui s'impose  
; toute satisfac-  
nous occupent,  
oisse, etc., sont  
ntimentaux né-  
és par des tons  
sentiments ne  
a la première ou  
; ancien, au bon  
n mélange sou-  
l ne nous reste  
se diversité des  
r fréquence, de  
des idées déter-  
sidérable qu'ils  
et l'innervation  
t avoir une im-  
leurs que pour  
es particuliers.  
iments complexes

les plus importants peut être condensée de la façon suivante. Les sentiments simples issus des sensations, nous ont donné l'esthétique. Voyons comment en dérivent les sentiments plus compliqués des conceptions, produits par irradiation, ainsi que les tons sentimentaux sensoriels plus complexes qui, par réaction des conceptions, se sont communiqués aux sensations. Les tons sentimentaux les plus simples, positifs et négatifs, accompagnent des sensations positives; ces sensations correspondent à leur tour à des excitations positives. Les sensations de la faim et de la soif qui, de si bonne heure, s'accompagnent d'un sentiment pénible, violent, sont des sensations positives; les excitations qui les causent procèdent de certaines modifications dans la composition chimique du sang. A mesure que s'accroît le nombre des images commémoratives et de leurs relations associatives, ceci se modifie. L'enfant voit un morceau de sucre. La sensation visuelle éveille en lui le souvenir d'une idée partielle de l'objet, l'idée gustative du sucre. La sensation gustative du sucre s'accompagnait d'un fort ton sentimental positif; l'idée gustative s'en accompagnera également. Ce ton sentimental de plaisir se transmet à l'idée visuelle associée, et, par suite, aussi à la sensation visuelle. L'enfant se réjouit du morceau de sucre qu'il voit. Cette sensation provoque des mouvements; l'enfant étend la main pour prendre le sucre. Mais, en dépit de ses essais répétés, ce mouvement ne doit pas encore aboutir. Jusqu'ici dans le cerveau de l'enfant n'est apparue que la sensation visuelle du sucre, et, par association, l'idée gustative du sucre, toutes deux accompagnées de ton sentimental agréable, positif. Les mouvements de préhension avortant, la sensation gustative attendue, le mouvement de plaisir intense, n'est qu'un mouvement de préhension vain qui provoque une sensation de fatigue intense et un intense sentiment de peine. Cette sensation de fatigue intense se communique à la sensation visuelle du sucre par irradiation et se porte avec le sucre. Tous les tons sentimentaux dès lors transformés. A toutes les conceptions simultanées se communique un ton sentimental négatif; la disposition est altérée; l'enfant pleure. Les tons sentimentaux négatifs accompagnent non point une sensation de non satisfaction d'une sen-



mais avortée. Voilà les tons sentimentaux de la *privation*, au plus haut point variables.

Quand la précédente opération s'est souvent répétée de la même façon ou d'une façon semblable, les tentatives vaines de préhension et la sensation de fatigue consécutive ne sont plus du tout nécessaires pour transformer les tons sentimentaux. L'idée de l'inanité de toutes les tentatives d'appropriation du morceau de sucre suffit pour engendrer chez l'enfant le ton sentimental de la privation, et pour étendre le sentiment de peine correspondant aux sensations et idées concomitantes. Ainsi en est-il pour des cas identiques nombreux. L'enfant convoitait le morceau de sucre ; un adulte convoitera l'arsenal des éléments supposés du bonheur : honneur, amour, argent, décorations, etc... Le ton sentimental de la privation revêtira d'innombrables nuances de qualités différentes suivant l'espèce.

De même que la sensation de fatigue à la suite de tentatives vaines de préhension produit le ton sentimental négatif de la privation, la sensation de repos consécutive à des sensations réussies de fuite devant des sensations désagréables produit le ton sentimental positif de sécurité. Celui-ci se développe également sous les formes les plus différentes. Finalement il accompagne l'idée du défaut ou de l'absence de n'importe quelle sensation de peine.

Ainsi à l'origine, des conceptions à ton sentimental positif et négatif qui ne faisaient que correspondre à des sensations réelles, se coloraient des tons sentimentaux de la jouissance ou de la souffrance ; maintenant surviennent des idées de sensations absentes colorées des tons sentimentaux de la privation et de la sécurité. Cet élargissement, par ce fait, de notre vie affective se constate avec la plus grande netteté dans le cas spécial où il s'agit de la sensation ou de l'idée du bonheur ou du malheur du prochain. La sensation visuelle d'une blessure de notre semblable ou l'idée qu'elle éveille en nous est, en vertu des raccords d'association, d'abord accompagnée d'un ton sentimental négatif compliqué. Le mécanisme précédent nous fait comprendre comment la même sensation et la même idée provoqueront, à l'occasion, des tons sentimentaux positifs. Il suffira que la compassion soit remplacée par la joie maligne du mal d'autrui, comme l'envie remplace le sentiment de la joie partagée, toutes deux avec des nuances sans nombre. La prédominance d'un ton sentimental ou de l'autre, chez tel

individu et en tel cas, dépend de nombreux facteurs individuels, des liens d'association existants dans le cas particulier, et des tons sentimentaux de chacune des conceptions associées. Quand les mêmes réactions affectives reviennent toujours régulièrement et uniformément chez le même individu dans l'immense majorité des cas, on a affaire à des *réactions affectives du caractère*.

Les rapports des tons sentimentaux des conceptions avec les *éléments du temps* produisent de nouvelles variations de ces sentiments. Le sentiment complexe de l'espérance est la conséquence de la combinaison du sentiment de la privation momentanée et de l'idée de la jouissance future. Le sentiment de crainte avec ses nombreuses variétés (appréhension, angoisse, etc.) est le fait de la combinaison du sentiment de la sécurité momentanée et de la souffrance future.

Les sentiments sont encore modifiés par leur transmission à des idées que nous rattachons, *quant aux causes*, à d'autres idées et sensations ayant des tons sentimentaux déterminés. Nous établissons un rapport de cause entre la notion concrète du pain et de nombreuses idées et sensations telles que le goût agréable, l'apaisement de la faim, la valeur nutritive, etc. Par suite, l'idée de pain acquiert un ton sentimental que nous désignons en général sous le nom de sentiment de l'utilité. Le ton sentimental de l'utilité comme celui de la nocuité nous sert à désigner à tort un attribut de l'objet : nous disons la nocuité ou l'utilité d'une chose comme si c'était un caractère de la chose tandis que ce n'est qu'un sentiment. Des tons sentimentaux appliqués, à juste titre, aux personnes, ont engendré les termes subjectifs d'amour et de haine. Tons sentimentaux spécialisés de même espèce sont les sentiments de la reconnaissance et de la rancune. Tous ces sentiments se montrent aussi à l'état de réactions du caractère dans le sens indiqué plus haut ; le sentiment de la reconnaissance donne alors naissance à l'attribut de la reconnaissance, tandis que l'ingratitude, de même que l'apathie et l'indifférence, est un mot servant à désigner la notion de l'absence de tons sentimentaux déterminés. Le sentiment de la rancune engendre l'attribut de la rancune. Colère, estime, admiration, dédain, mépris sont également des espèces spéciales. D'autres encore sont formées par des tons sentimentaux concernant des personnes qui ont avec nous un rapport déterminé ; à cette catégorie appartiennent les sentiments que nous éprouvons pour nos



e, etc. Un groupe de sentiments dont nous avons des sentiments personnels, jouent un si grand rôle dans l'activité du maniaque, de l'orgueil, de l'humilité du

même de l'association des sentiments particuliers à l'innervation consécutive du frontal. La notion conceptuelle exacte s'accumule ; il y a un ton sentimental qui s'irradie, ce ton à toutes les sensations, sentiment désagréable, sentiment agréable, pensée. Les formes de la sensation sont les sentiments, le doute, et la radiation entre les sentiments, il existe des sentiments, le succès des opérations, les pensées, ou les sensations. WUNDT a donné le nom de *sentiments*

et aux sensations et aux actions de nos sentiments modifiés. Tout le monde sait que la mère, qui prononce des sensations agréables, de la gratitude et de la pitié, les sentiments sont les sentiments de la personnalité même. La compassion, l'entraide, sont à leur place. La sensation de mon semblable, ne se fait que parce que je fais éprouver mes sentiments à autrui, le bonheur d'autrui ne vient d'un bonheur que toujours par moi-même d'autrui, et ce n'est que de compassion et de sympathie. Ceci change, les semblables sentent,

eux aussi, qu'ils ont des sensations et des idées accompagnées de tons sentimentaux. Jusque-là nous n'avions eu que des idées accompagnées de tons sentimentaux, maintenant nous nous formons des idées de ces tons sentimentaux eux-mêmes, d'après ce que nous éprouvons et d'après ce qu'éprouvent nos semblables. Nous formons les idées de : *souffrance, jouissance, pitié, charité, amour, haine*, etc. Le ton sentimental de ces idées évolue très différemment dans le détail.

L'idée de la souffrance d'autrui et celle de la satisfaction d'autrui se rattachent par leur texte, la première à un sentiment désagréable, la seconde à un sentiment agréable. Mais notre compassion et la part que nous prenons à la joie des autres, à l'origine personnelles et égocentriques, subissent un renforcement irradiant et versent dans l'altruisme. Voici comment. Nous ne tardons pas à nous rendre compte que bien des sentiments de nos semblables entraînent de leur part des actes qui nous procurent, ou des sentiments de plaisir ou des sentiments de peine. Aussi les idées des sentiments tels que la pitié, la joie partagée, l'amour, prennent-elles alors un ton sentimental positif, tandis que les idées des sentiments tels que la haine, l'envie, la joie du mal des autres, prennent un ton sentimental négatif. Le ton sentimental se transmet aux actes produits par les sentiments en question. Le ton sentimental des idées des sentiments de pitié, de charité, d'amour, s'exprime dans le langage par le terme de *vertus* qui leur est réservé : celui de la haine, de l'envie, de la joie du mal d'autrui, par le terme de *vices*. Les actes émanés des premiers sentiments sont qualifiés de *bons*, ceux émanés des seconds se nomment *mauvais*. L'accentuation ainsi marquée du sentiment s'applique évidemment avant tout à l'idée des sentiments et des actes d'autrui par rapport à Moi. Cet altruisme paraît donc avant tout purement égocentrique ; ces vertus semblent identifiées à l'idée de l'utilité que j'en retire, ces vices à l'idée du dommage qu'ils me causent. Il est aussi facile de montrer que le ton sentimental de l'idée ou de la sensation de mes propres actes ou des actes des autres, par rapport à une troisième personne, subissent une influence semblable. Exemple : Je cours ou un de mes semblables court à l'aide d'une personne menacée. C'est un acte qui m'est personnel ou qui est accompli par un autre. Je vois, si c'est un autre qui agit ; je vois et j'ai sens si j'agis moi-même, et je me représente cet acte

comme l'idée ou la sensation d'un acte qui m'est propre ou qui appartient à autrui, à l'égard d'une tierce personne. Quel sera le ton sentimental de cette sensation ou de cette idée ? Il procédera, conformément au mécanisme exposé antérieurement, des tons sentimentaux irradiés. Ceux ci sont extrêmement nombreux, ce sont : la compassion primitive, la joie du dommage d'autrui, la crainte de succomber en portant secours, et, selon la personne de l'individu menacé, peut-être également l'amour et la haine, etc. Il n'est aucunement possible de préciser d'une manière générale les résultantes de tous ces tons sentimentaux. Bien trop considérables sont les variétés individuelles des réactions affectives des caractères et les fluctuations des tons sentimentaux irradiés selon les circonstances spéciales. En outre, dans ce conflit des tons sentimentaux irradiés, entre maintenant le ton sentimental agréable de l'idée d'un acte charitable ; je sens qu'il est *générateur* de venir au secours, par compassion, de celui qui est menacé. Dans le principe ce ton sentimental positif ne se rapportait qu'aux actes d'autrui utiles à ma personne. A présent, nous confondons en quelque sorte la situation. Tout d'abord le ton sentimental agréable n'est échu qu'à un complexe conceptuel compliqué : je me suis représenté un acte charitable dont j'étais l'objet. Chacune des idées partielles de ce complexe tient, indépendamment de l'ensemble, quelque chose de ce ton sentimental positif. L'acte charitable en soi, qui que ce soit qui l'exécute, à qui que ce soit qu'il profite, possède dans notre idée un ton sentimental agréable. Assurément il est beaucoup trop faible pour que l'on puisse dire qu'il en est ainsi dans chaque homme en particulier et à l'égard de chaque cas de ce genre. Beaucoup de gens, malgré l'association du ton sentimental d'une bonne action, regarderont cet acte comme coloré d'un ton sentimental désagréable, à cause du danger individuel qu'il y a à aider autrui, et par suite, s'en abstiendront, le cas échéant. D'autres au contraire, ressentiront assez vivement le ton sentimental agréable de l'idée d'une bonne action, pour revêtir l'idée de l'acte secourable d'un ton sentimental agréable, malgré les autres sentiments irradiés contradictoires ; l'idée de la sensation de l'acte en question s'accompagne, en ce cas, du ton sentimental du bien, quoiqu'il ne soit point utile à l'acteur, que dis-je, quoique peut-être il lui fasse courir un danger.

Tel est le flux ondoyant des tons sentimentaux de

nos actes, de nos sentiments moraux. Si, malgré cela, chez les peuples civilisés, il s'est organisé et manifesté une sorte de code des tons sentimentaux de la *Morale*, si par suite, à présent, d'un accord assez général, nous désignons comme bons les sentiments et les actes indiqués *suprà*, si nous colorons les idées correspondantes d'un ton sentimental agréable (positif) distinctif, c'est parce que les hommes ont, pour leur sauvegarde, fondé des Etats et autres communautés, à la conservation desquels l'accentuation morale du sentiment des actes est maintenant indispensable. Les communautés sociales n'ont point enfanté les attributs moraux chez l'individu ; elles les ont graduellement cultivés. Les individus qui se sont passés des qualités morales ont été expulsés de la communauté. Les communautés, dont la plupart des membres s'en sont privés, ont péri. Il s'est fait une sélection qui n'a laissé naître et subsister que les Etats dont les individus, au moins pour la plupart, possèdent des tons sentimentaux moraux de moyenne intensité. Les lois et l'éducation avec leurs injonctions « il faut » « on ne doit point », avec leurs châtiments et leurs récompenses, ont de plus en plus consolidé le code de l'accentuation morale du sentiment. Telle est la véritable origine de la *solidarité*, de la *morale individuelle* et de la *morale sociale*.

Le développement des sentiments intellectuels, et l'étude de leur réflexion sur les sensations, n'est malheureusement pas assez avancé pour qu'on puisse les *classer*. Impossible d'énumérer complètement ces tons sentimentaux, impossible d'en expliquer tous les rapports. La psychologie physiologique est encore trop jeune, les rapports des tons sentimentaux entre eux sont trop nombreux, trop nombreuses en sont les transitions nuancées. Nos dénominations pour bien des sentiments sont ambiguës et indécises ; il n'en existe pas de nomenclature scientifique. L'ordre sériaire dans lequel se développent les sentiments intellectuels est soumis lui-même à de nombreuses fluctuations individuelles, parce que les sensations dont les tons sentimentaux primordiaux servent, en dernier ressort, de base aux sentiments intellectuels et réfléchis, ont lieu chez les divers individus, dans un ordre sériaire très différent, s'y groupent de façons très variables, ont une intensité très changeante. Tout ce qui vient d'être dit constitue les linéaments les plus importants de l'édifice.

*Quelle influence exercent les sentiments sur l'associa-*

*n motrice?* Les sentifonctions s'appellent des émotions sur la coïncidence des idées d'un signe algébrique. Elles sont ou exclusivement l'association des idées ou des émotions à signe principal. Il en est généralement nos actes. Les émotions produisent une activité lente et produisent une activité rapide. L'influence est d'ailleurs telle que l'arrêt du débit des émotions négatifs ou déséquilibre le courant des émotions positifs ou agréables, une énorme importance, comme on l'a déjà

quelques exceptions. Les émotions négatives qui favorisent les émotions violentes. La colère est un moteur grave ; une excellence. Mais il est positif dans l'émotion. Elle agit immédiatement, avec une intensité, à la sensation. Les autres idées associées, communiquent son mouvement d'agression et décharge subite. Elles agissent sur des objets inanimés et se rattache surtout au mouvement par ce mécanisme. Elles se réfèrent à une émotion clinique aussi l'angoisse. La crainte, négative, dégage généralement de la fuite ou de la délivrance, apparaît positive, chasse en un instant, grâce à ce ton sentimental positif, à la crainte à laquelle elle assure des sentiments qui sont la conséquence, la colère former en mouvement,

malgré leur ton sentimental négatif, c'est parce que l'idée du mouvement d'agression ou du mouvement de fuite, qui s'associe à l'idée colorée du sentiment de la colère ou de la crainte, possède un ton sentimental positif intense en corrélation avec la colère ou avec la crainte. Il convient donc de chercher en chaque cas particulier si, étant donné une disposition d'esprit négative, certaines idées de mouvement n'ont pas un ton sentimental positif, et si, étant donné une disposition d'humeur agréable ou positive, certaines idées de mouvement n'ont pas un ton sentimental négatif. S'il en est ainsi, malgré la disposition sentimentale générale positive, l'effet moteur peut se ralentir ou manquer. Ce qui agit, en fin de compte, c'est l'association de conceptions motrices à tons sentimentaux positifs ou négatifs avec ce que contient la conscience à ce moment.

Il faut donc dire que, d'une manière générale, *c'est la conception motrice à ton sentimental positif qui nous conduit à l'action*. Nous en avons un frappant exemple dans la *mélancolie*, maladie mentale caractérisée par la prédominance pathologique de tons sentimentaux négatifs. Aussi le mélancolique présente-t-il généralement un arrêt marqué de la pensée, et la plus grande contrainte dans les mouvements. Pour porter une cuiller à sa bouche, un mélancolique mettra parfois une minute et plus. Or, ces mélancoliques, qui demeurent au lit presque immobiles pendant des mois, se précipiteront avec une rapidité surprenante sur une fenêtre de leur chambre, imprudemment laissée ouverte par l'infirmier, ne fût-ce qu'un instant, pour se jeter sur le pavé. La contrainte des mouvements est subitement rompue. Comment expliquer ce miracle ? L'idée de se jeter par la fenêtre s'associe, chez le mélancolique, à un ton sentimental positif intense : la mort est, pour lui, l'affranchissement de son angoisse, ou l'expiation désirable des fautes qu'il s' imagine avoir commises. Le ton sentimental agréable de cette idée du mouvement ou de l'ensemble des conceptions correspondantes prend toute sa valeur dès que l'occasion éveille cette conception dans son cerveau en dehors de cela vide de pensées ; ce sentiment rompt les entraves des rouages d'arrêt et dégage l'acte en rapport avec l'idée. D'une manière semblable, s'expliquent les autres actes commis, sous l'influence de l'angoisse, par bien des aliénés, avec une soudaineté et une violence explosives.

Les mouvements dits d'expressions représentent égale-

ment un effet moteur bien spécial de nos sentiments. Tels sont les mouvements de la physionomie comme le rire et le pleur. On en rapproche le *rétrécissement des artères périphériques* pendant les émotions passionnelles, qui tient au jeu des muscles lisses sous l'influence d'appareils particuliers. Les uns, comme JAMES et LANGE, disent que les émotions tiennent à des sensations produites par ces contractions musculaires ; « nous ne pleurons pas, dit le premier de ces auteurs, parce que nous sommes tristes, nous sommes tristes, parce que nous pleurons. » LANGE a même construit un schéma des émotions produites par l'affaiblissement ou l'exagération de l'innervation volontaire associés, suivant le cas, au rétrécissement, à la dilatation, à l'incoordination ou au spasme des vaisseaux et des muscles de la vie organique. Les recherches de CH. FÉRÉ, LEHMANN, MÜNSTERBERG sur les relations des sentiments agréables ou désagréables avec l'état de la force musculaire, l'irrigation vasculaire des membres, la tension des fléchisseurs ou extenseurs sont encore incomplètes. Il est cependant avéré que certaines émotions, en outre des mouvements de la physionomie, modifient l'action du cœur, l'activité respiratoire, la contraction des artères périphériques. Il reste à en trouver le mécanisme et l'exact rapport avec telle ou telle émotion, et il est encore impossible d'en faire les synonymes d'une émotion donnée. Le rétrécissement des vaisseaux associé à l'affaiblissement de l'innervation volontaire qui, d'après LANGE, caractériserait le chagrin, se montre bien souvent sans le chagrin. La preuve que l'émotion n'est pas une opération psychique due aux vibrations sensibles d'origine motrice, c'est que ces phénomènes moteurs peuvent avoir lieu sans que se produisent les émotions correspondantes. La simultanéité fréquente d'une opération psychique et d'une opération physiologique n'implique point le parallélisme des deux.

L'innervation motrice et en particulier l'innervation vasomotrice n'ont donc rien à faire avec la nature des émotions. Mais elle peut parfois ajouter de nouvelles sensations spéciales aux sensations primordiales et aux conceptions vectrices des tons sentimentaux. Ainsi en est-il pour les sensations de paralysie qui parfois accompagnent une violente terreur. La parésie secondaire de presque tous les muscles du corps qu'entraîne parfois à sa suite une impression sensorielle soudaine de crainte, produit en nous une sensation subite d'impuissance qui s'ajoute à la sensation sensorielle

terrifiante. Les sentiments de l'attente engendrent secondairement des contractions spéciales des muscles de la volonté et de l'accommodation ; aux idées ou aux sensations accompagnées du sentiment de l'attente, s'ajoutent des sensations de tension, d'impatience, secondaires. Ces sensations secondaires jouent un rôle particulier dans l'anxiété : l'émotion de l'angoisse, en troublant le rythme régulier de la respiration et de l'action du cœur produit une contraction intense des artères périphériques. Nous éprouvons par suite une agitation intérieure, une oppression localisée à la poitrine, et notamment dans la région du cœur, ainsi qu'un sentiment d'horreur, de frissonnement généralisé. Dans l'angoisse précordiale de beaucoup d'aliénés et de la cardiopathie nerveuse, il semble souvent que les sensations précordiales aient apparu les premières, et que l'anxiété s'y soit ajoutée comme ton sentimental de celles-ci.

On s'est demandé si l'intensité du ton sentimental agréable ou désagréable ne dépendait pas des caractères de l'idée qu'il accompagne, et dans quelle mesure ? Il existe bien un rapport entre la force du sentiment de la sensation et l'intensité de la sensation. Nous ne pouvons affirmer la même chose pour les sentiments intellectuels. Sans doute les conceptions doivent avoir un minimum d'intensité ou d'énergie pour qu'elles s'accompagnent d'un sentiment assez accentué. Le ton sentimental positif ou négatif d'une conception paraît aussi s'accroître avec l'intensité et la vivacité de celle-ci. La durée d'une conception émousse le ton sentimental de celle-ci lorsque cette durée dépasse certaines limites. L'intensité d'un sentiment intellectuel est fortement influencée par les tons sentimentaux des sensations ou conceptions simultanées ou immédiatement précédentes. Ces particularités président encore aux tons sentimentaux sensoriels. Précisons la *loi du contraste sentimental* ou *loi des intensités relatives*. A la suite d'une sensation désagréable ou d'une idée déplaisante, l'intensité du ton sentimental d'une sensation consécutive agréable ou d'une idée consécutive agréable est d'ordinaire plus grande que si elle n'avait pas été précédée de la sensation ou de l'idée désagréables. L'accord majeur résonne surtout bien quand il suit la dissonnance de l'accord septime. Les solutions de l'harmonie mettent cette règle à contribution. La joie est augmentée par la victoire finale remportée sur des empêchements surmontés. En plein désespoir intense, une idée d'espérance exercera une

que si elle apparaît le soucis. Pas plus que l'intensité de nos sentiments; elle dépend de ces excitations qui atteignent pas des sens, qui n'aient jamais été déjà antérieurement en relation d'association avec des éléments sans nommer les phénomènes et de l'irradiation fait subir des lésions sentimentales. Psychique, appuyée sur la réserve à l'avenir.

=

### Sociétés savantes

M. KÖNIG a observé des cas de l'inflammation des

MARCHOUX a expérimenté sur les infecter, mais il a constaté des amibes.

— M. REGNAUD a obtenu le tement de la pneumonie, des injections hypodermiques

=

### DU DÉPARTEMENT DU NORD

ombre 1899

LEJEAN, président.

sur les rapports de la fièvre avec les accouchées.

Sur son opinion : la fièvre chez certaines femmes plus ou moins de leur intestin, en l'absence de la fièvre par constipation, capable d'élever la température. Selon lui, la constipation est une cause de fièvre; il l'a présentée en 1894, à la Société de Médecine. D'après une série d'expériences chez des opérées qu'il a observées, la température revient à la normale : bien plus, sous l'influence de la diète, sous la diète relative du

deuxième, les malades de DELORME étaient nourris à peu près à leur faim, potage, œufs, viande blanche ou brune. Ces faits ont la valeur d'une expérience : il est logique d'établir une différence entre ces malades et les accouchées de M. OUI, et on peut dire que si les poisons et les toxines de l'intestin sont le facteur essentiel de l'hyperthermie qu'on observe, l'organisme qui réagit pour faire la fièvre a une part égale en importance. Or les produits pyrogènes ne peuvent rien par eux-mêmes, si le système nerveux ne se laisse pas toucher dans sa fonction de régulateur de la chaleur animale. BOUCHARD a d'ailleurs mis en lumière le rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre et montré l'influence des émotions, des visites, du transport à l'hôpital, d'une alimentation intempestive, toutes causes capables d'élever momentanément d'un degré la température d'un convalescent ou d'un fébricitant. Les fatigues de l'accouchement sont pour M. INGELRANS l'origine de la débilité nerveuse, d'autant plus que dans les cas observés par M. OUI on avait affaire à des primipares, dont le travail dura assez longtemps. En réalité le microbe, les variations de virulence ne sont pas tout et on aurait tort de vouloir méconnaître l'importance des dispositions individuelles.

M. OUI fait remarquer que selon lui M. INGELRANS attache trop d'importance à son observation dans laquelle la température s'est élevée à 39°6; il rappelle que cette température a été observée à la suite de l'administration d'un grand lavement, lequel avait eu sous une nouvelle quantité de matières et provoque une absorption plus considérable. Il rappelle en outre que chez ses malades l'influence de la dépression nerveuse consécutive à l'accouchement ne peut être invoquée qu'une fois où la température s'est élevée 48 heures après; dans les trois autres cas, la fièvre apparaît le 8<sup>e</sup>, le 15<sup>e</sup>, le 16<sup>e</sup> jour, alors que cette dépression nerveuse avait disparu.

M. Carrière répond à M. INGELRANS que ses expériences lui ont montré que l'homme normal constipé avait de la fièvre. Sans vouloir nier l'influence du système nerveux — ce système nerveux qu'on invoque si facilement quand on est embarrassé devant une explication — il pense qu'il est nécessaire qu'il y ait un primum movens, une cause déterminante qui est la constipation.

Somme toute, les deux théoriciens ne sont pas loin d'être d'accord, ils ne divergent plus que sur le point de savoir si c'est le système nerveux ou la constipation qui commence. C'est ce que fait remarquer M. Charmeil qui ajoute que, dans certains cas, il serait bon de s'informer si la constipation n'est pas secondaire et consécutive, par exemple, à un embarras gastrique, lequel expliquerait avec simplicité l'apparition de la fièvre.

\*\*\* M. Carrière lit un travail sur l'influence du poison tuberculeux sur la descendance chez les animaux. La question de l'hérédité de la tuberculose est toujours à l'étude; il s'agit d'abord de savoir si il y a transmission directe ou prédisposition. Depuis deux ans, il a institué des expériences avec des toxines et des extraits de

bacilles tuberculeux préparés suivant des procédés chimiques multiples. Il injecte ces poisons à des animaux et il accouple tantôt un mâle et une femelle imprégnés, tantôt un animal imprégné avec un animal sain. Il a observé que le nombre des portées est diminué; en outre le fœtus est souvent mort in utero sans lésions macroscopiques apparentes, mais avec des lésions microscopiques. Les petits venus à terme sont plus grêles, il y en a de malformés; très prédisposés à la tuberculose si les deux géniteurs ont été imprégnés des produits tuberculeux, moins si un seul l'a été. Il semble donc que la descendance des tuberculeux soit prédisposée à la tuberculose.

**M. Deléarde** demande à **M. CARRIÈRE** si, lorsqu'il a employé l'extrait toluolé de bacille tuberculeux, il n'a pas observé d'escharres. La graisse de bacilles tuberculeux préparée par ce procédé, a montré à d'autres expérimentateurs et à lui-même, qu'elle avait une action nécrosante certaine.

**M. Carrière** a en effet observé des petites escharres qui n'eurent aucune gravité; cela tient à ce qu'il emploie des doses infinitésimales.

**M. Combemale** rappelle qu'il y a plusieurs années, il a obtenu, en expérimentant avec l'alcool, des malformations, comme **M. CARRIÈRE**, après avoir rendu alcooliques des animaux, et il a observé dans leur descendance des malformations diverses et surtout fréquentes, puisqu'un petit sur deux était malformé. Il ne faut donc pas en clinique, en présence d'une malformation, incriminer catégoriquement telle ou telle tare chez les ascendants; il semble que, d'une façon générale, tous les poisons animaux et minéraux agissent, quand les ascendants en sont imprégnés, sur la descendance.

**M. Combemale** rapporte un cas d'éruption scarlatiniforme survenue à la suite de l'absorption d'un grain de salol. Ce médicament avait été prescrit chez une jeune fille de 19 ans atteinte de tonsillite légère. Quelques heures après, apparaît une éruption qui fait porter au médecin traitant le diagnostic de scarlatine; la malade est alors isolée à la maison de santé; **M. COMBEMALE** la voit alors, trouve une éruption qui n'occupe que le tronc; un peu d'angine, une langue superbe, bref aucun symptôme de scarlatine. L'éruption dure deux jours et est suivie d'une desquamation très légère. Voilà donc un cas non douteux d'éruption scarlatiniforme due à l'ingestion d'un médicament qui la provoque rarement. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'une épidémie de scarlatine sévit actuellement sur la ville.

**M. Ausset** a vu deux enfants de son service qui avaient été isolés en son absence, à cause d'une éruption qui avait fait porter le diagnostic de scarlatine; il réforma ce diagnostic parce que la langue n'avait pas cet aspect spécial qu'elle a dans la scarlatine, qu'il n'y avait ni angine ni fièvre et que l'éruption ne présentait pas sa gravité habituelle et qu'il n'y avait pas d'albumine. Aussi il fit réintégrer la salle commune à ces petits malades qui ne provoquèrent pas d'épidémie. Etant donné le jeune âge de ces malades,

**M. Ausset** manque tout-à-fait de renseignements sur l'origine médicamenteuse possible de cette éruption.

**M. Charmeil**, tout en trouvant très intéressantes les observations de **M. COMBEMALE** et de **M. AUSSET**, fait remarquer qu'il ne faut pas toutefois oublier qu'il existe des scarlatines frustes et il cite des exemples, qui le touchent de près, de cette affection, ayant évolué d'une façon à peine marquée.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Année scolaire 1899-1900 (1<sup>er</sup> Semestre)

### TABLEAU DES HEURES DES COURS ET EXERCICES PRATIQUES

Répartis entre les différentes années d'Études

DU 3 NOVEMBRE 1899 AU 15 MARS 1900

#### Première année de Médecine

LUNDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférence d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
JEUDI	Confér. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
VENDREDI	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'ostéologie	à 2 heures.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
SAMEDI	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

#### Deuxième année de Médecine

LUNDI	Clin. méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Confér. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
MARDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
MERCREDI	Clin. méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Conf. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
JEUDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.
VENDREDI	Clin. méd. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'anatomie	de 5 h. à 6 h.
	Conf. de pathologie interne	de 6 h. à 7 h.
SAMEDI	Clin. médic. ou clin. chirurg.	de 9 h. à 11 h.
	Conférences d'anatomie	de 2 h. à 3 h.
	Travaux de dissection	de 2 h. à 5 h.
	Cours d'histologie	de 5 h. 1/4 à 6 h. 1/4.

de Médecine

urgie. de 9 h. à 11 h.  
athol. de 2 h. à 4 h.  
chem. de 4 h. à 5 h.  
terne. de 6 h. à 7 h.  
urgie. de 9 h. à 11 h.  
de 3 h. à 4 h.  
logique de 4 h. à 5 h.  
urgie de 9 h. à 11 h.  
iol. de 2 h. à 4 h.  
chem. de 4 h. à 5 h.  
terne. de 6 h. à 7 h.  
irurg. de 9 h. à 11 h.  
iolog. de 4 h. à 5 h.  
ie. de 5 h. à 6 h.  
irurg. de 9 h. à 11 h.  
tologie. de 2 h. à 4 h.  
achem. de 4 h. à 5 h.  
rne. de 6 h. à 7 h.  
urg. de 9 h. à 11 h.  
nérale de 4 h. à 5 h.  
utique de 5 h. à 6 h.

de Médecine

de. . . a 9 heures  
nfants a 10 heures  
iol. . . de 2 h. à 4 h.  
eh. . . de 4 h. à 5 h.  
ne. . . de 5 h. à 6 h.  
ne. . . de 6 h. à 7 h.  
s urin. a 10 heures.  
lene a 2 heures.  
iolog. de 4 à 5 heures.  
syphil. 10 heures.  
hol. . . de 2 h. à 4 h.  
em. . . de 4 h. à 5 h.  
ne. . . de 5 h. à 6 h.  
nterne de 6 à 7 h.  
ue. . . a 10 heures.  
de 3 h. à 4 h.  
log. . . de 4 à 5 h.  
ie. . . de 5 h. à 6 h.  
s urin a 10 heures.  
nfants a 11 heures.  
ie. . . de 2 h. à 4 h.  
uehem. de 4 h. à 5 h.  
de 5 h. à 6 h.  
erne de 6 h. à 7 h.  
yphil. a 10 heures.  
de 3 h. à 4 h.  
iolog. de 4 h. à 5 h.  
utique de 5 h. à 6 h.

de Doctorat sont, au début de  
les cliniques, partagés en deux  
clinique médicale et l'autre à la

de Pharmacie

zoolog.) de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.  
ue. . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.  
miner. de 2 h. à 3 h.  
rale. . de 5 h. à 6 h.  
de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.  
ue. . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.  
miner. de 2 h. à 3 h.  
rale. . de 5 h. à 6 h.  
iolog.) de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.  
de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.  
ue. . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.  
rale. . de 5 h. à 6 h.  
de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

de Pharmacie

zoolog.) de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.  
ue. . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.  
rale. . de 5 h. à 6 h.  
de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.

**MERCREDI** { Conférences de physique . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.  
Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.  
**JEUDI** { Cours d'hist. natur. (zoolog.) . de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.  
Cours de pharmacie . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.  
**VENDREDI** { Conférences de physique . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.  
Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.  
**SAMEDI** { Cours de pharmacie . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4

Troisième année de Pharmacie

**LUNDI** { Cours d'hist. natur. (zoolog.) . de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.  
Conférences de physique . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2  
Trav. prat. d'hist. naturelle . de 2 h. à 3 h.  
Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.  
**MARDI** { Cours de pharmacie . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4.  
Travaux prat. de physique . . de 2 h. à 3 h.  
**MERCREDI** { Conférences de physique . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.  
Trav. prat. de pharmacie . . de 2 h. à 3 h.  
Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.  
**JEUDI** { Cours d'hist. natur. (zoolog.) . de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/4.  
Cours de pharmacie . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4  
Trav. prat. de physique . . de 2 h. à 3 h.  
**VENDREDI** { Conférences de physique . . de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2.  
Trav. prat. de chimie . . de 2 h. à 3 h.  
Cours de chimie minérale . . de 5 h. à 6 h.  
**SAMEDI** { Trav. prat. d'histoire natur. . de 8 h. à 11 h.  
Cours de pharmacie . . de 10 h. 3/4 à 11 h. 3/4  
Trav. prat. de pharmacie . . de 2 h. à 3 h.

Le samedi 4 novembre a eu lieu le concours pour l'externat. Seize candidats étaient présents. Le règlement nouveau portait que la question écrite porterait sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie, et que la durée de l'épreuve serait de deux heures.

La question écrite, sortie de l'urne, était os coxal. Restaient dans l'urne : muscle trapèze et septième vertèbre cervicale ; le diaphragme, insertions, rapports, rôle ; articulation du genou ; les vertèbres cervicales, muscle trapèze.

Pour la question orale, le règlement portait qu'elle serait de cinq minutes, après cinq minutes de réflexion, et qu'elle porterait sur la pathologie interne ou externe élémentaire, et sur la petite chirurgie.

La question sortie de l'urne était : Entorse tibio-tarsienne. Préparation d'un champ opératoire.

Restaient dans l'urne : Sciatique, stypage. Symptômes de la lymphangite, lavage du sang. Symptômes de l'ascite, paracentèse de l'abdomen. Signes, diagnostic et traitement du furoncle, application d'un appareil plâtré pour fracture de jambe.

A la suite des épreuves ont été nommés externes dans l'ordre suivant : MM. CRÉTAL, LORNIER, DANCOURT, LAGACHE, LEBLOND, TRAMPONT, HURIEZ, GELLÉ, DESCAMPS, DUPREZ, CAUDRON.

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JO

— Du chloralhydrate et de son emploi thérapeutique, par le professeur FLEINER. extrait medicinsche Wochenschrift, 1899.

RECONSTITUANT DU SYSTÈME  
NEUROSINE PRUN

(Phospho-Glycérate de Chaux p

PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — Marchais est la meilleure préparation qui diminue la toux, la fièvre et l'expectoration.

# L'ÉCHO MÉDICAL

ABONNEMENT

5 fr. par an.

## Rédaction et

**MM. Aussel**, professeur  
rois, professeur de  
professeur agrégé de  
bactériologie et théor  
l'Institut Pasteur; C  
laboratoire des cliniqu  
de la clinique des mal  
**Charmell**, professeur  
graphique; **Curtis**, p  
pathologie générale.

Secrétaires

Rédaction et Adm

Les abonnemen

Les abonnés pour  
**NORD**, recevront grat  
ment, tous les numér

S

**TRAVAUX ORIGINAUX** : La coi  
couches, par le docteur C  
**Carrière**. — Fièvre et  
Du dosage de l'urée dan  
**REMENTO DES SOCIÉTÉS SA**  
**STATISTIQUE DE L'OFFICE S**

## TRAVAI

**La constipation et la fi**

par le Docteur **M. O**  
Chargé d'un cours d'

J'ai eu l'occasion, c  
communiquer à la So  
deux observations ay  
par la constipation au

De nouveau, j'ai eu  
la constipation a prov  
dents fébriles. Ces deu  
quelque intérêt, d'au  
revenir sur un point  
communication, faite à  
par notre distingué c

**OBSERVATION I.** — l  
grossesse a été absolu





J'ordonne l'administration de 30 grammes d'huile de ricin.

Le lendemain, trois selles abondantes se produisaient, et la température revenait à la normale et y restait pendant toute la durée des suites de couches.

Je ne veux pas revenir sur ce que j'ai déjà eu l'occasion de dire, lors de ma dernière communication, notamment en ce qui concerne le diagnostic.

Je me contenterai de faire remarquer que chez l'accouchée qui fait le sujet de l'observation II, les accidents observés au cours de la grossesse et le tympanisme abdominal attireraient tout naturellement l'attention du côté de l'intestin, d'autant que la constipation avait été manifeste pendant la dernière semaine de la grossesse.

Chez la première malade, il pouvait y avoir doute, et le diagnostic pouvait hésiter entre une lymphangite du sein et la coprostase comme cause de l'hyperthermie constatée. Mais la lymphangite fut rapidement écartée.

Il est, dans cette observation, un point sur lequel je voudrais insister : c'est le rapport très net qui a existé entre des lavements trop abondants et les élévations de température. Les lavements ont agi évidemment en liquéfiant la partie superficielle des matières contenues dans l'intestin, ce qui a rendu plus facile l'absorption des poisons que renferment les matières fécales.

Je n'avais pas, dans ma dernière communication, abordé la question de la cause véritable de l'hyperthermie coïncidant avec la coprostase. J'ignorais le travail d'OTTO KUSTNER que notre collègue, M. le docteur INGELRANS, cite, à ce sujet, dans sa communication ; mais, sans vouloir m'appesantir trop longuement sur ce point, je tiens à faire observer que dans tous les cas que j'ai observés, les organes génitaux étaient absolument intacts avant l'accouchement et le sont restés après.

Quant à la rétention des lochies et à leur putréfaction, elle ne s'est pas produite dans les cas que j'ai rapportés et j'ajouterai que si j'avais observé la moindre altération de l'écoulement lochial, j'aurais porté le diagnostic d'infection puerpérale et, immédiatement, agi en conséquence.

Il ne me reste plus qu'une chose à ajouter. La stercorémie existe, au cours des suites de couches, et peut donner lieu à une hyperthermie habituellement passagère, mais parfois persistante. La méconnaître, peut constituer une faute facile à commettre. Mais prendre pour une stercorémie, une infection puerpérale au début, serait une faute infiniment plus grave. C'est pour cela que, chaque fois qu'il y aura doute, il faudra instituer le traitement de l'infection. Agir autrement serait courir au devant des plus graves accidents.

C'est dans la crainte de voir s'égarer ainsi le diagnostic, que des accoucheurs éminents n'hésitent pas à nier, au moins dans leurs écrits, la fièvre d'origine stercorémique

et cela en contradiction avec les maîtres les plus autorisés de la pathologie générale. Et cependant ne s'expose-t-on pas à nuire à une malade atteinte de stercorémie en la traitant pour une infection puerpérale ? Supposez que chez l'accouchée qui fait le sujet de l'observation n° I, le diagnostic d'infection puerpérale ait été porté. Les injections intra-utérines fussent restées impuissantes. Peut-être eût-on été amené à pratiquer un curetage non moins inutile ; et qui oserait affirmer l'innocuité d'une telle intervention ?

### Coprostase et Fièvre

par le docteur G. Carrière, agrégé.

J'ai suivi avec grand intérêt, au mois de juin 1899, les observations présentées par mon collègue et ami le docteur OUR, sur la coprostase, cause de fièvre chez les accouchées.

Quelques observations ont été présentées ici même par MM. GAUDIER, COLLE et FOLET, qui ont montré que, à la suite des traumatismes opératoires gynécologiques, la coprostase est fréquemment une cause de fièvre. — M. MOTY a affirmé que la parésie intestinale était seule en jeu, dans la production de cette fièvre. M. le professeur COMBEAUX a fait de cette hyperthermie une conséquence de la résorption des toxines sécrétées par les microbes qui pullulent dans les matières fécales.

A la séance suivante, M. INGELRANS a communiqué à ce propos une note où il fait de la fièvre de la coprostase, un phénomène purement réactionnel dû à ce que l'organisme affaibli par le traumatisme de l'accouchement, est devenu plus sensible à l'action des poisons normalement élaborés dans l'intestin.

D'après lui, semble-t-il, la sensibilité individuelle est tout, il n'y a pas intoxication par résorption de toxines plus nocives ou plus abondantes.

L'organisme est tout, l'intoxication rien.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, d'étudier avec mon ami le docteur CASTETS, les phénomènes d'auto-intoxication intestinale ; et c'est dans ces recherches partiellement inédites que je puiserai quelques arguments contre la thèse soutenue en juillet par M. INGELRANS.

Mais avant d'aborder ce sujet, il convient de se faire une idée très exacte de ce qu'est la fièvre.

Les expériences de HOFFA, les recherches de GAMALEIA ont démontré que, ni l'action fermentative des bactéries, ni celle des ptomaines qu'elles sécrètent ne sont capables d'expliquer à elles seules le phénomène que nous étudions : la fièvre.

Il semble généralement aujourd'hui que l'hyperthermie est en rapport avec la destruction des bactéries ou des toxines. L'organisme envahi se défend. Ses défenseurs, les

t au devant des envahisseurs, les  
les ferments leucocytaires cher-  
obes ou ces toxines, et c'est sous  
roduisent des substances pyrétot-  
ont agir sur le centre thermique

il faut donc :

1<sup>er</sup> Une cause de réaction :  
1<sup>re</sup> de toxines, qui, digérées par les  
ance à des substances pyrétogènes.

2<sup>nd</sup> n'est donc pas tout et sa sensi-  
sibilité vis-à-vis des agents pyrétot-  
le en cause dans la pathogénie  
se. Nous ne pouvons donc pas  
de notre estimé confrère : « Ce  
isons circulants soient en plus  
que l'organisme des accouchées  
plus sensible à leur action. »

3<sup>rd</sup> La susceptibilité réactionnelle doit  
être, mais elle bien loin d'être tout :  
à le montrer.

4<sup>th</sup> Les arguments qu'on invoque  
l'existence de l'intoxication intestinale  
hyperthermie. D'une part on fait  
l'erreur manque dans la constipa-  
le des vieillards.

5<sup>th</sup> Thermique en ces cas est-elle bien  
Je n'en crois rien et je crois que  
matiquement, on aurait peut-être  
personnellement j'ai pris la tempé-  
constipés par entérite muco mem-  
cas sur quatre, j'ai obtenu des  
38°5, 38°2. On pourrait objecter  
lésions de la paroi, capables de  
des toxines.

6<sup>th</sup> Il ne saurait s'appliquer quand on prend  
vieillards constipés.

7<sup>th</sup> En somme, il faut chercher la tem-  
la température périphérique. C'est  
lards constipés de cinq jours, j'ai  
aies de 38°5, 38°7 et 38°9 alors que  
ne montait qu'à 36°5, 36°7, 36°9.  
conclusions basées sur un si petit  
e dirais volontiers que : la consti-  
peut-être plus fréquemment qu'on  
rmique.

8<sup>th</sup> et je ne suis pas éloigné de croire  
ne neurasthénique sont véritable-  
se : j'en ai vu plusieurs exemples.  
contre l'hypothèse de la coprostase  
et d'hyperthermie, un autre argu-

« Les matières fécales dures, dit-on, ne contiennent plus  
» grand chose capable d'être absorbé et en tous cas ce  
» qu'elles peuvent contenir de toxique, n'étant pas dissous  
» dans une partie aqueuse qui manque, ne peut plus agir. »

Ceci est plausible, en apparence tout au moins ; en réa-  
lité c'est un raisonnement par l'absurde.

Et d'abord, on pourrait objecter que si les matières  
sont si dures et renferment si peu d'eau, c'est précisément  
parce que leur partie aqueuse a été absorbée pendant leur  
long contact avec la muqueuse intestinale. Il est évident  
que les substances qui se trouvent au centre des scybales  
ne sauraient être absorbées. Mais  
scybales, pullulent un nombre  
microbiennes qui déversent da  
sécrété par la muqueuse au con-  
toxines très actives, nous le verr  
mucus est suffisamment aqueux p  
tion.

Manquerait-il, du reste, les ag  
luleront pas moins dans les pa  
scybale. Ils passeront même très  
liums et la muqueuse, qui, compr  
tase, est un *locus minoris resister*  
voir.

Ce second argument ne saurait

Notre estimé confrère pense é  
ment de plus à l'appui de sa thèse  
coprostase des typhiques. « Si ce  
» de subir une grave maladie, d  
» ne réagirait pas tant vis-à-vis  
» intestinale. »

Je veux bien admettre cette  
thermique des typhoïdiques, ma  
un argument contre l'auto-intoxi-  
tase. Tout au contraire, l'auto-int

D'une part en effet la muqueus  
absorber très facilement les poiso  
intestinales.

Qu'on n'objecte pas que ces ulc  
dans l'intestin grêle ! Cela n'infir  
fécales s'accumulent dans le gro  
n'y ait pas de stase au-dessus ?

D'autre part, les expériences d  
damment démontré que, dans l  
bacille, hôte habituel de notre in  
considérablement accrue : d'où l  
cation, dès que la moindre stase  
matières fécales.

Ce n'est donc pas là encore ur  
traîner notre conviction et de no  
thèse ingénieuse de notre estimé

A mon avis, l'absorption de

sécrétées par ces microbes, joue un rôle de beaucoup plus important. Je vais le démontrer.

I. — *La coprostase s'accompagne d'une pullulation microbienne très marquée.*

α. — Si on oblitère l'anus d'un lapin et qu'au bout de trois jours on le sacrifie, on constate que les matières fécales ainsi retenues renferment un nombre considérable de colonies microbiennes. Deux plaques de seconde dilution au 1/10 nous ont donné 150 et 180 colonies. Chez un lapin normal, les matières fécales recueillies au même niveau etensemencées sur deux plaques, en seconde dilution au 1/10 ne donnèrent que 23 et 27 colonies.

Cette expérience corrobore du reste pleinement ce que KLECKI observa, il y a quelques années, sur les anses intestinales étranglées.

II. — *La coprostase augmente la virulence du coli-bacille.*

Dans les mêmes conditions par coprostase expérimentale chez l'animal, j'ai isolé des cultures pures de coli-bacille et j'ai pu constater qu'en ce cas 1/3 de c<sup>3</sup> de cultures sur bouillon de vingt-quatre heures tuait le cobaye de 400 gr en vingt-quatre heures, par injection sous-cutanée.

Des cultures de coli-bacilles provenant de l'intestin normal d'un lapin, ne tue le cobaye en vingt-quatre heures, qu'à la dose de 1 à 1,5 c<sup>3</sup> par injection sous-cutanée.

Ici encore il se produit quelque chose d'identique à ce que KLECKI observa dans les anses étranglées.

Il est du reste un fait à l'heure actuelle admis depuis les travaux de TRZEBICKI, c'est que le coli-bacille intestinal est d'autant plus virulent qu'il est soustrait à l'action acide du suc gastrique. Aussi dans les parties inférieures de l'intestin, où la réaction du milieu est plutôt alcaline, le coli-bacille récupère une virulence plus forte que dans l'intestin grêle. — C'est ce qui se passe dans la coprostase.

III. — *La coprostase s'accompagne de l'hypertoxicité du contenu intestinal.*

Après avoir produit la coprostase chez le lapin on recueille les matières fécales, on les triture dans l'eau, on filtre soigneusement (20 grammes de matières furent ainsi dissoutes dans 60 c<sup>3</sup> d'eau).

Injecté dans la marginale de l'oreille d'un lapin, ce liquide fut toxique, à la dose de 23 c<sup>3</sup> pour un kilogr.

Dans les mêmes conditions l'extrait des matières fécales d'un lapin normal ne fut toxique qu'aux doses de 53 et 58 c<sup>3</sup>.

Il est facile de se rendre compte de ce fait chez l'homme. On fait un extrait alcoolique de 600 grammes de mati-

res fécales normales; on filtre; on évapore et on reprend l'extrait dans 100 c<sup>3</sup> d'eau. Le coefficient toxique de ce liquide est de 26 à 30 c<sup>3</sup> pour 1 kilogr. En faisant les mêmes manipulations avec les matières fécales d'un constipé de quatre jours, on constate que le liquide a pour coefficient toxique de 18 à 20 c<sup>3</sup>.

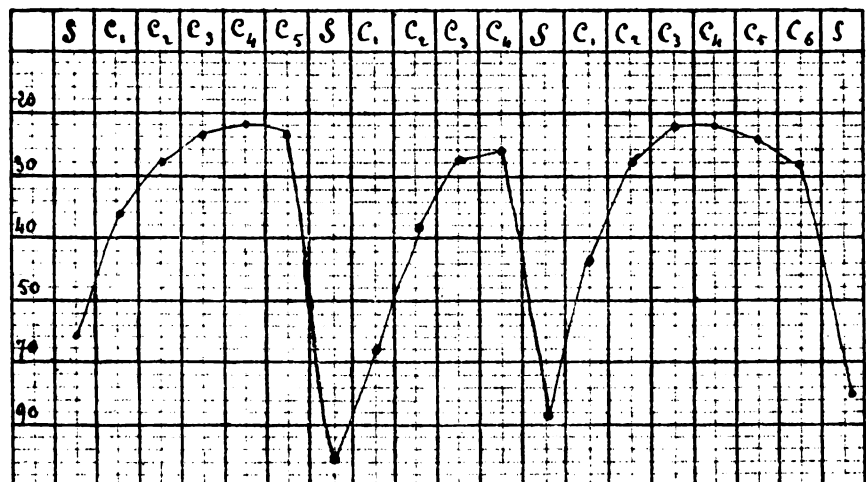
Voudrait-on nier l'absorption intestinale dans la coprostase? Je ne veux pour preuve de son existence que les résultats expérimentaux suivants :

1<sup>o</sup> *Présence fréquente de l'indican dans les urines des constipés, quels qu'ils soient.*

2<sup>o</sup> *Hypertoxicité urinaire consécutive à la coprostase et qui décrit une courbe suivant exactement celle-ci. — Je possède plusieurs de ces courbes démonstratives.*

3<sup>o</sup> *L'absorption des torines au niveau du côlon descendant est encore prouvée dans l'expérience suivante.*

On produit chez une lapine la coprostase, le thermomètre s'élève légèrement en vingt-quatre heures ou quarante-huit heures : 39° au lieu de 38°.



Chez deux autres lapines dont l'anus a été oblitéré, on injecte par une bougie filiforme une culture de coli-bacille, chez le second des toxines coli-bacillaires. La température vaginale monte, en douze heures, à 40°-41°.

Il est donc évident que l'absorption a eu lieu en ce cas alors que chez d'autres animaux sans coprostase, l'injection de cultures ou de bouillons chargé de toxine, ne produit aucune élévation thermique.

Il n'est donc pas douteux que, dans la coprostase, il y ait pullulation microbienne, sécrétion exagérée de toxines par ces microbes, absorption des poisons intestinaux. On nous objectera peut-être que l'expérimentation chez le lapin ne se compare pas avec ce qu'on observe chez l'homme. On cherchera des arguments contre ma thèse dans la clinique seule.

Je ne sache pas d'abord qu'on ait jamais fait fi de l'expérimentation et n'est-ce pas sur elle que nombre de clini-

que jour pour éta  
r suggère l'obser-

nces, m'être placé  
rapprocher de ce

était l'absorption  
matières fécales  
notasse et l'ammo-  
d l'ont démontré,

non microbiens  
rechercher.

core que les poi-  
hypothermisants.  
É de ces poisons  
erthermisants : il  
lui se passe dans  
holites et autres  
en ne prouve que  
se de l'hyperther-  
estin. Je l'ai pris

uestion de l'hypo-  
a là des accidents  
logique, être com-  
pation.

faits expérimen-  
ue la fièvre de la  
au niveau de la  
ens ou de toxines.  
dans cette hyper-  
définition même

u que secondaire-  
me ou toxique!  
s qu'ici encore, il

git sur la suscepti-  
bles.

ère observation de  
quinze jours après  
e de M. INGELRANS,  
bation de la sensi-  
longue échéance.  
it foi, que le trau-  
favorisant de ce  
peut même favo-  
roir intestinale.

et je vois les jours  
de 39°5 à 40°3, 40°8.  
oblitéré le même

jour, est laparotomisée, sans qu'on touche à l'intestin -  
on le recoud.

La température vaginale monte de 39°5 à 40°4.

Une troisième lapine dont l'anús est oblitéré le même  
jour est laparotomisée, et on pince très énergiquement avec  
les doigts, le gros intestin dans toute la région de l'S iliaque.

La température vaginale monta de 39°3 à 42°6 les jours  
suivants.

Ce que j'ai voulu démontrer en tout ceci, c'est que l'hypo-  
thèse de M. INGELRANS ne se base elle-même que sur des  
hypotheses et non sur des faits expérimentaux ou clini-  
ques. Elle est donc purement gratuite.

S'il convient donc de tenir compte de la susceptibilité  
réactionnelle des sujets, c'est à un tout autre point de vue  
que j'aborderai dans une prochaine communication.

On ne saurait donc être absolu en l'espèce et admettre  
une théorie exclusive : il faut être éclectique et dire : la  
fièvre de la coprostase est due à la résorption de germes  
microbiens ou de toxines. Les traumatismes de l'intestin,  
l'insuffisance hépatique, la décompression abdominale  
après l'accouchement, peuvent favoriser son apparition, et  
c'est là sans doute l'explication de fièvre par coprostase à  
la suite de l'accouchement.

C'est ce qui fait que peut-être cette hyperthermie ne se  
produit pas chez la femme enceinte sans trauma obstétrical.

L'absorption peut porter sur des produits hypothermi-  
sants; sur d'autres, n'ayant aucune action sur les centres  
thermiques; elle peut être très minime (lorsqu'il n'y a pas  
traumatisme) et c'est là sans doute l'explication de l'irrè-  
gularité et de l'inconstance de la fièvre dans la coprostase.

\*\*\*

Et pour tirer de ceci un enseignement pratique je me  
demande s'il ne serait pas avantageux de faire préventi-  
vement l'antisepsie intestinale chez les femmes qui vont  
accoucher.

## Fièvre et Coprostase

(Deuxième article)

par le Docteur Ingelrans, lauréat de la Faculté de Paris.

Aux séances de la Société centrale de  
des 23 juin et 27 octobre, M. le docteur  
observations de quatre accouchées, ay  
fièvre par constipation. J'ai essayé d'en  
cation dans une première communication.  
M. le docteur CARRIÈRE, le 27 octobre, a s  
objections contre ma manière de voir. V  
lui répondre.

Mon opinion est que la fatigue de l'a  
certaines femmes plus sensibles à l'acti  
leur intestin et qu'en conséquence, elle  
par constipation, alors que la coprost

d'élever la température chez des sujets normaux (voir page 353). Nulle part je n'ai été jusqu'à dire que l'organisme fût tout et l'intoxication rien; nulle part je n'ai nié l'absorption intestinale dans la coprostase. J'ai dit qu'elle n'amène pas la fièvre à elle seule.

M. CARRIÈRE a institué des expériences d'où il conclut que la constipation est par elle-même une cause de fièvre plus fréquente qu'on ne le pense et que la part qui revient à l'organisme réagissant est fort secondaire. C'est exactement le contrepied de ce que j'ai avancé, à titre d'hypothèse probable, et sans vouloir trancher cette question difficile. Le mieux à faire serait de prendre la température de sujets constipés et de voir ce qu'elle est. Cela est facile, mais long. Il est plus simple de rechercher ce qu'on en a dit avant nous, et voici précisément un travail qui ne peut manquer d'apporter de la lumière sur ce sujet.

Le 30 mai 1894, à la Société de chirurgie, M. DELORME (du Val-de-Grâce) a fait une communication sur les effets de la constipation des opérés et sur leur alimentation : « Mes opérés des régions abdomino-génito-crurales, dit-il, ont été, pour la plupart, constipés de 12 à 15 jours, après leur opération. Ils ont pris, le premier jour, de 30 à 40 gouttes de laudanum, les jours suivants de 15 à 20 gouttes. Ils ont été purgés ou ont pris des lavements avant l'intervention : aucun n'a été soumis à l'action d'antiseptiques intestinaux. Il s'est toujours agi d'hommes adultes, sains. — D'après la série continue de 160 courbes que je vous présente, dans l'immense majorité des cas, la température n'est pas montée au-dessus de la normale pendant toute la durée de la constipation provoquée; bien plus, elle a été le plus souvent abaissée un peu au-dessous de la normale. Dans ces 160 courbes, en effet, 90 fois elle oscille entre 36° et 37° et 66 fois entre 37° et 38°. Quand elle a dépassé 38°, ce n'a été que tout momentanément. Quand des coliques passagères ont fait, pour quelques-uns, et pour un jour monter la température au-dessus de 38°, une nouvelle dose de laudanum, en même temps qu'elle faisait cesser les douleurs, ramenait la température à la normale. En somme, la température normale dans la très grande majorité des cas, le plus souvent abaissée, exceptionnellement et tout momentanément supérieure à 38 degrés, telle est la donnée qui ressort nettement de cette série continue et nombreuse de cas bien observés. — Après la diète presque absolue du premier jour, la diète relative du deuxième, mes opérés ont été nourris dès le troisième jour, à peu près à leur faim, avec des potages, des œufs, de la viande blanche ou brune en quantité habituelle et du vin. On leur donna une quantité plus faible de pain et de légumes. La première selle était facilitée par plusieurs lavements ordinaires, de vaseline ou de glycérine. Cinq à six fois seulement, elle fut réellement difficile et un malade dut attendre jusqu'au 22<sup>e</sup> jour. »

Voilà ce qu'a observé M. DELORME, et cela, dans des conditions si spéciales et si semblables dans tous les cas, que sa série continue et nombreuse toute la valeur d'une expérimentation parlent ici par eux-mêmes et se parent de mentales. Qu'on veuille bien comparer ce qui se montre entre ces malades de M. OCT. Qu'on compare leur température les 39°2 et les 39°8 de ses accouchés malade de M. POTAIN que j'ai cités qu'établir une différence entre adultes sains et l'organisme de femmes adolescentes, si c'est faire une hypothèse pas faire une hypothèse gratuite, n'est-ce pas ?

Je prétends donc que, si les points de l'intestin sont le facteur essentiel qu'on observe, l'organisme qui réagit par une part égale en importance. Des points peuvent rien par eux-mêmes, si le facteur suprême de la chaleur au toucher. Inversement, ce système sans produits pyrogènes, peut produire la fièvre et laisser des combustions à la suite d'un choc ou d'une action sur des régions assez bien connues des points de la cascade et j'admets que sous du tube digestif excitent les points mais ceux-ci ne laisseront la fièvre débilité le permet.

« Du rôle de la débilité nerveuse dans la fièvre », tel est le titre d'un mémoire au Congrès de Rome, le 30 mars 1894. Je développe les idées que je n'ai émises que dans la discussion et les mets dans leur plein jour d'en indiquer le résumé. « Les fièvres de l'hôpital, dit M. le professeur BOSSA sur cinq, une température supérieure à la température du lendemain. La hyperthermie immédiate et font quand elle est tombée. Une alimentation cours d'une fièvre continue augmente même de la fatigue musculaire. Une émotion suffit. Ces faits ne sont pas des causes de fièvre trouvent chez l'homme chez l'homme sain, un système n'est pas les influences perturbatrices de la fièvre.

La facilité avec laquelle le système agit contre les causes d'hyperthermie.

(1) A moins qu'il ne s'agisse, par exemple, de la potasse et l'ammoniaque, qu'elles n'engendrent pas la fièvre, mais confirmerait de ce que j'avance.

(2) Onzième congrès international des médecins Rome du 29 mars au 5 avril 1894, sous la

és, on voit la fièvre sur-  
omme sain, ne l'entraî-  
que, au décours de la  
luire indifféremment la  
cette façon que j'expli-  
résente que de faibles  
igne thermique est ten-  
ible est marquée par de  
e nerveux robuste sait  
riations thermiques, la  
tion moins vigilante ou  
, comme avec un verre  
ais à l'état normal. Des  
effets évidents *Le sys-*  
*articulièrement sensible*  
*tre.* »

l'accouchement ne sont  
me nerveux, je deman-  
les quatre malades de  
primipares, fait qu'on  
re des femmes chez qui  
r, attendu que le travail  
neuf, quatorze et vingt-  
jurer.

M. CHARRIN, et cela au  
rôle des microbes, du  
veulent pas saisir les  
voir convenir que, dans  
s bactéries assurément  
ent, elles agissent lors-  
e, le sexe, la constitu-  
s causes occasionnelles  
n particulier le système  
époud en modifiant et  
cellulaires. *Ce sont ces*  
*elles dont il faudrait*  
*ils pathogéniques, car*  
*nombre de cas, les variations*  
*ais méconnu la valeur.* »  
UCHARD, 1896).

quelques objections de  
M. le professeur CAR-  
OUI, que des matières  
ves, car elles ne con-  
I. CARRIÈRE répond que  
c'est que tout a déjà été  
qui a été dissous a été  
ble n'a pas été dissous,  
gatif ou un lavement  
i, ce qui fait monter le  
e n'est là ni un raison-  
nement absurde.

Les expériences démontrent la virulence du coli-bacille  
chez les animaux constipés : je demande s'il n'existe pas  
de coli virulent dans l'intestin normal. Des microbes viru-  
lents peuvent habiter normalement nos cavités. D'autre  
part, chez les typhoïdants, la stase dans l'intestin grêle n'est  
pas impossible; mais elle n'est rien moins que certaine.

On ne peut, dit-on, comparer la température axillaire  
d'une accouchée et la température rectale d'un vieillard.  
Pourquoi pas ? on ne peut, il est vrai, comparer la tempé-  
rature axillaire d'un vieillard avec la température rectale  
d'une accouchée, car le revêtement cutané, dans la vieil-  
lesse, a une température assez basse. Il est loin d'en être  
ainsi du rectum. « La température rectale n'éprouve par  
les progrès de l'âge, dit CHARCOT, aucune modification  
appréciable ; 37°2, 37°5, rarement 38°, telle est, d'après les  
recherches très nombreuses que j'ai faites à ce sujet, la  
température normale du vieillard jusqu'aux extrêmes  
limites de la vie. Elle est la même que chez l'adulte ». M.  
RICHER indique même un dixième de degré en plus chez les  
vieillards. Or, une accouchée de M. OUI a eu 39°6, le matin,  
dans l'aisselle, soit environ 40° dans le rectum, et les vieil-  
lards de M. CARRIÈRE 38°4 et 38°9, ce qui fait un certain  
écart. Encore étaient-ils atteints de colite muco-membra-  
neuse, affection inflammatoire, à poussées fébriles, avec  
graves lésions de la muqueuse, ce qui sort de la constipa-  
tion simple.

En ce qui concerne l'occlusion intestinale, si habituelle-  
ment hypothermique, le coli-bacille acquerrait en ce cas  
des qualités spéciales. Pourquoi a-t-il des qualités hyper-  
thermisantes dans le cas d'oblitération de l'anus chez le  
lapin ? Et si les accidents de l'occlusion ne sont pas les  
mêmes que ceux de la constipation, comment le lavage de  
l'estomac les atténue-t-il, si ce n'est en diminuant l'intoxi-  
cation ?

De par les considérations qui précèdent, je me crois  
donc autorisé à maintenir mon hypothèse sur la suscepti-  
bilité réactionnelle des accouchées, des débilites en général,  
vis-à-vis de la production de la fièvre. Les faits d'obser-  
vation de MM. DELORME et BOUCHARD me paraissent même  
lui prêter un solide appui et il ne s'agit en rien d'hypo-  
thèses. En reconnaissant l'importante contribution appor-  
tée par les expériences de M. CARRIÈRE à l'éclaircissement  
de cette question, je ne crois pas qu'ils doivent nous faire  
oublier la nécessité de considérer  
ment dans sa lutte contre les causes  
permets à ce propos de citer ces mots  
« Le médecin n'est pas le médecin  
général, pas même le médecin du ge-  
le médecin de l'individu humain, «  
d'un individu dans certaines condit-  
ciales, et qui constituent ce qu'on  
crasie. » (Introduit. à l'étude de la me

Est-ce faire fi de l'expérimentation que d'invoquer, à côté d'elle, et non contre elle, des observations sérieuses et nombreuses? L'expérimentation est une observation provoquée. Son rôle est de contrôler les résultats de l'observation. Si les deux méthodes concordent, tout est au mieux; si elles divergent, c'est qu'une cause d'erreur s'est glissée d'un côté ou de l'autre et peut-être des deux à la fois. Dans le cas particulier, nul doute que les expériences de M. CARRIÈRE aient été bien conduites, nul doute non plus que les faits cliniques observés soient exacts, vu surtout leur nombre qui diminue les chances d'erreur. Alors? — Alors, ces deux constatations positives restent debout l'une et l'autre; mais cela n'empêche pas que les 160 malades de M. DELORME n'aient pas eu de fièvre. C'est un fait: et comment soutenir dès lors que mon hypothèse ne se base que sur des hypothèses?

#### Du dosage de l'urée dans l'urine.

#### Nouvel uréomètre clinique à indications directes.

Par M. A. BOURIEZ, Pharmacien-Chimiste à Lille.

Le dosage rigoureux de l'urée dans l'urine est une opération de laboratoire, longue, délicate et à laquelle on n'a recours que dans des cas tout à fait spéciaux, comme lorsqu'il s'agit, par exemple, de déterminer le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total (1).

En général, l'approximation que donne le dosage rapide à l'hypobromite suffit au médecin intéressé à savoir, le plus tôt possible, s'il y a excès ou insuffisance, augmentation ou diminution dans l'élimination de l'urée.

Du volume d'azote produit par la réaction, on déduit l'urée à l'aide de tables.

Bien que suffisamment précis, les résultats fournis par cette méthode dont la rapidité fait tout le mérite, ne sont pas rigoureusement exacts, par suite de ce fait bien établi que l'hypobromite ne dégage pas tout l'azote de l'urée et dégage de l'azote d'autres éléments azotés de l'urine dont la séparation préalable exige trop de temps pour entrer dans la pratique d'un procédé clinique.

C'est en vain qu'on a essayé de supprimer, sans trop compliquer le dosage, les deux causes d'erreur ci-dessus signalées, en additionnant de glucose l'urine déféquée au sous-acétate de plomb; car, s'il est exact que la présence du glucose provoque la décomposition

(1) Il faut alors déduire l'urée de l'azote dosé par la méthode de KJELDAHL, dans l'urine complètement débarrassée des autres éléments azotés qu'elle renferme, d'après les indications de MM. MOERNER et SJOGVIST.

intégrale de l'urée, il est, d'autre que le sel de plomb est impu à l'urine la totalité des matières l'urée (1). De telle sorte que, le p blement le plus exact c'est encore telle quelle. 7 à 8 % de l'urée ecl position théorique, mais cette p observer DENIGÈS (*Précis de chir* 724), se trouve assez exactement dégagement d'azote que fournit, l'hypobromite, l'ensemble des au de l'urine (2).

Le volume d'azote mesuré dans sente donc sensiblement tout l'a et permet ainsi d'en calculer le p

Parmi les nombreux appareils dosage de l'urée, ceux qui ne néc des cuves à eau ou à mercure sor

Le nouvel ureomètre que j'ai l't senter n'est qu'une simplification

Le robinet a été remplacé par un qui fait corps avec l'appareil et c doigt pendant la réaction; un aj peut fermer à l'aide d'un bouchon lite l'introduction des différents sions ont été réduites et l'on op mesuré à l'aide d'une pipette ja libre. Enfin sa graduation supprin et donne directement, par simp de l'urée en grammes par litre d'

Ce résultat a été obtenu en par facile à vérifier, à l'aide de soluti ou de chlorhydrate d'ammoniac 98 à 99 % de leur azote, que da l'expérience, 0 cc. 4 d'azote approximativement à 0 gr. 001 d

#### MODE D'EMPLI

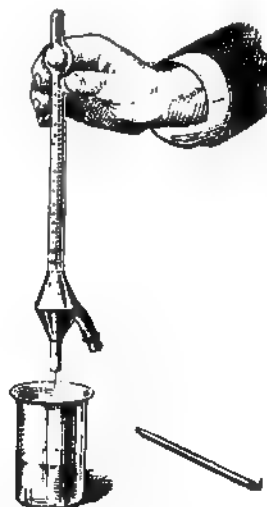
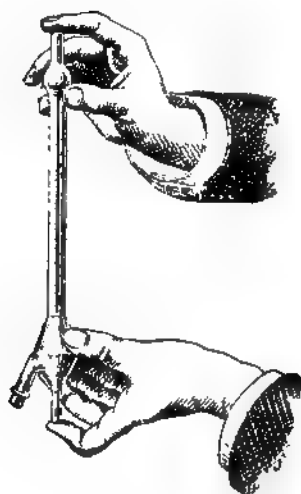
L'instrument étant tenu dans fait pénétrer par la tubulure laté et en évitant le mélange :

1° Jusqu'au trait inférieur d

(1) Il n'est peut-être pas inutile de fair ajoute à l'urine un dixième de son volume qu'on opère le dosage sur le liquide filtré, résultats d'un dixième (pour tenir compte en trop dont on ne connaît pas la limite compte du volume du précipité plus ou m filtre.

(2) Dans le cas des urines diabétiques do totalité de l'azote uréique, il suffira de retu





II

ce. Lessive

trait circu-

ment mesuré

latérale à  
ture avec le

ition II, on  
ut dégagé-  
le doigt.

, un volume  
duit par la

ment dans la  
quelques ins-  
sur l'échelle  
ne.

la température  
nouveau dosage,  
80 % de chloro-  
n d'urée à 1 % .  
ne, le chiffre  
le chiffre après

avantes

on étudie les  
s cet auteur  
bien appli-

jection sous-  
ue analgésie

a pu exami-

ner anatomiquement le nerf radial d'une femme atteinte de paralysie radiale par compression. Il n'y avait pas de dégénérescence wallérienne.

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

Le jeudi 16 novembre, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre d'anatomie, a eu lieu la **distribution des récompenses aux lauréats de l'année scolaire 1898-1899**. Le corps des professeurs et agrégés en robe était presque au complet autour du doyen, M. DE LAPERSONNE, qui présidait cette cérémonie, que M. MARGOTTET, recteur, avait bien voulu honorer de sa présence. Les élèves n'avaient répondu qu'avec timidité à cette solennité intime, où chacun, maîtres et élèves, se sentait chez soi : simplicité et cordialité, tel a été le caractère de cette cérémonie. à féliciter nos étudiants de l'ex-  
donne ce jour-là.

En ouvrant la séance, M. D  
l'allocution suivante :

MONSIEUR LE RECTEUR,  
MESSIEURS,

L'assemblée de la Faculté a décidé de céder à la distribution des prix les deux sections de médecine de la dernière année scolaire. Par une voix unanime, l'Assemblée a remercié bien vivement, l'Assemblée proclamera en même temps l'été sa première création.

Il nous a paru que c'était, pour une nouvelle récompense bien l'Assemblée générale des maîtres en même temps que les nôtres, savez donner des appréciations à nos concurrents et souvent, trop ignez à l'avance celui qui doit arriver en famille, permettez-moi petit œuillet à éviter. Si ces jugements à votre bonne camaraderie et à ce est une des plus belles qualités c'inconvénient de diminuer beaucoup empêchent d'aborder les concou-

tout à l'heure M. le professeur agrégé VERDUN, dans son rapport sur les prix de fin d'année.

Messieurs, voulant conserver à cette séance un caractère tout intime, je ne vous parlerai pas de la situation et des travaux de la Faculté, de ce que vos maîtres ont fait et continueront à faire, avec leur dévouement habituel, pour développer et rendre plus profitables pour vous les ressources de notre enseignement. Mais il est de mon devoir de vous rappeler ici, en quelques mots, les joies et malheureusement aussi les peines, qui ont marqué pour nous la dernière année scolaire.

Au mois de décembre dernier, nous avons eu la douleur de perdre un de vos maîtres qui, par la haute conscience qu'il avait de ses devoirs et par son active bonté, a le plus honoré la Faculté. Le professeur LOTAR faisait partie de l'ancienne Ecole, avant d'être attaché à la Faculté; il professait la pharmacie depuis 33 ans. Dans cette longue période, il a élevé de nombreuses générations de pharmaciens; je dis élevé, car, avec une grande sûreté de jugement, il pensait que, dans un enseignement qui est pour ainsi dire l'aboutissant de toutes les études pharmaceutiques, il ne devait pas se borner à faire des leçons théoriques. Son rôle d'éducateur était plus haut, aussi ne manquait-il jamais l'occasion de donner à ses élèves les plus sages conseils sur la dignité et la correction professionnelles, dont il avait donné l'exemple dans toute sa carrière.

Au maître que nous avons eu la douleur de perdre, nous associons les élèves si prématurément enlevés, MM. BURET et Houzé, étudiants en médecine, M. HEMERY, étudiant en pharmacie. C'est à leurs amis, c'est à leurs malheureuses familles que nous adressons l'expression de nos respectueuses condoléances, car s'ils ont eu à peine le temps de connaître les tristesses de la vie, ils ont laissé derrière eux de douloureux regrets. En est-il beaucoup de plus cruels que ceux de malheureux parents voyant disparaître, avec leur enfant, le fruit de toute une éducation et de pénibles sacrifices.

Messieurs, deux de vos maîtres ont quitté la Faculté, appelés à d'autres fonctions. M. MONIZ, professeur d'histoire naturelle, a été, sur sa demande, nommé inspecteur d'Académie, en résidence à Paris. Ce n'est pas sans de vifs regrets que nous nous sommes séparés d'un collègue, dont les travaux scientifiques et l'enseignement ont jeté un vif éclat sur une des chaires de la Faculté. Nous lui souhaitons, dans la carrière administrative qu'il a embrassée, tous les succès qu'il a eus comme professeur.

M. COUSIN, depuis quelques mois seulement agrégé d'anatomie, a été nommé professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. Il avait désiré très vivement retrouver dans cette ville sa famille et d'anciennes amitiés.

Permettez-moi, Messieurs, d'adresser à quelques-uns de vos maîtres, qui ont reçu des distinctions honorifiques, vos sincères félicitations, en même temps que les miennes.

Le professeur CALMETTE a été promu officier de la Légion d'Honneur. C'est la juste récompense de ses beaux travaux et de son grand dévouement à la science, dont il a donné de si nobles preuves.

Le professeur DEBIERRE a reçu tout récemment, de M. le Ministre du Commerce, la croix de chevalier de la Légion d'Honneur, en qualité d'adjoint au maire de Lille, pour services rendus à l'enseignement.

MM. BAUDRY et PHOCAS ont été promus officiers de l'Instruction publique; MM. CHARMEIL et OUI ont reçu les palmes académiques.

Que tous mes collègues, que je ne puis nommer, veuillent bien m'excuser de ne point donner ici la liste complète des distinctions diverses et des nominations, qui sont venues récompenser leurs travaux et leur dévouement à l'enseignement. La liste en serait trop longue, mais ils savent combien nous applaudissons de tout cœur à leurs succès.

Parmi ces nominations j'en veux cependant citer deux, parce qu'elles concernent des anciens élèves de la Faculté, hier encore vos camarades. M. D'HARDIVILLIER a été nommé professeur d'Histologie à l'Ecole d'Amiens; M. LABARRIÈRE, à la suite d'un concours, a été nommé professeur adjoint d'anatomie à la même Ecole. La Faculté, qui compte déjà parmi ses maîtres, plusieurs de ses anciens élèves, sera toujours très

heureuse d'enregistrer de tels succès et d'adresser ses cordiales félicitations à ces jeunes collègues.

Ce sont là, Messieurs, des exemples que nous serons toujours enchantés de vous voir suivre. Mais quelle que soit la situation que l'avenir vous réserve, quelles que soient vos ambitions, rappelez-vous que vous nous trouverez toujours prêts à vous aider de nos conseils. Ne craignez jamais de venir auprès de nous, avec la plus entière confiance, pour nous faire part de vos aspirations, de vos doutes comme de vos espérances. C'est l'avantage des Facultés relativement peu nombreuses comme la nôtre, de mettre les élèves sans cesse en contact avec les maîtres. Ce n'est jamais en vain que vous ferez appel au dévouement de vos professeurs.

Souvenez-vous que vous êtes nos disciples dans le sens le meilleur et le plus cordial du mot.

Puis, M. le professeur agrégé VERDUN a lu son rapport sur les prix de fin d'année et M. le doyen a remis à chaque lauréat sa médaille et les volumes à lui attribués.

Voici la liste officielle des récompenses :

#### Section de Médecine :

1<sup>re</sup> année : Prix : M. DANCOURT (Charles), né le 13 février 1880, à Cambrai.

2<sup>e</sup> année : Prix : M. SPINNEWYN (René), né le 6 octobre 1877, à St-Pierre (Pas-de-Calais). — Mention honorable : M. DEBEYRE (Albert), né le 1<sup>er</sup> mai 1877, à St-Pierrebrouck (Nord).

3<sup>e</sup> année : Prix : M. CHANCEL (Paul), né le 18 octobre 1876, à Etréaupont (Aisne). — Mention honorable : M. LESNE (Charles), né le 10 novembre 1875, à Solesmes (Nord).

4<sup>e</sup> année : Prix : M. DUVIVIER (Léon), né le 21 février 1876, à St-Amand (Nord).

Prix de thèses : 1<sup>er</sup> prix : M. le Dr MOUTON (Gustave), né le 26 juin 1874, à Douai (Nord). — 2<sup>e</sup> prix : M. le Dr CHATELIN (Jules), né le 31 août 1871, à Bray (Somme). — Mentions honorables : M. le Dr CASTELLANT (Jules), né le 3 avril 1870, à Ansauvillers (Oise); M. le Dr CAUMARTIN (Abel), né le 13 octobre 1870, à Regnière-Ecluse (Somme); M<sup>lle</sup> BERNSON (Dweira), née le 3 janvier 1871, à Brest Litewki (Russie).

#### Section de Pharmacie :

1<sup>re</sup> année : Prix : M. RICHEZ (Georges), né le 6 juin 1877, à Hénin-Liétard (Pas-de-Calais).

2<sup>e</sup> année : Le prix n'a pas été décerné.

3<sup>e</sup> année : Prix : M. LEFÈVRE (Jules), né le 25 septembre 1874, à Fesmy (Aisne). — Mention honorable : M. LAURENT (J.-B.), né le 27 novembre 1874, à Chenois-et-Aubencourt (Ardennes).

Prix Cazeneuve. — Prix : M. RAVIART (Georges), né le 16 juillet 1875, à St-Amand (Nord).

Prix de la Société des Amis de l'Université. — Prix : M. RAVIART (George), déjà nommé.

Prix de la Société des anciens internes des hôpitaux de Lille. — Prix de médecine : M. DUBOIS, interne à Saint-Sauveur. — Prix de chirurgie : M. LAMOTTE, interne à Saint-Sauveur.

#### NOMINATIONS ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Nous apprenons avec plaisir que M. VANRYCKE, notre si dévoué aide-bibliothécaire, vient, par arrêté ministériel du 7 courant, d'être nommé sous-bibliothécaire à l'Université de Lille, section de médecine; juste récompense de ses déjà longs services. Nous lui adressons à cette occasion les bien vives félicitations de l'*Echo médical du Nord*.

— M. le Dr CHATELAIN, de Denain, vient d'obtenir, de M. le Ministre de l'Intérieur, la médaille de bronze des épide-



# L'ÉCHO MÉDICAL

DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : P. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté; Bédard, professeur agrégé de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Cartier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphilligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

MM. Deléarde, professeur agrégé, chef de clinique; Dubar, professeur de clinique chirurgicale; agrégé; Kéraval, directeur de l'Asile; De Lapersonne, professeur de logique; Looten, médecin des hôpitaux (Valenciennes), membre correspondant médecine; Moty, médecin principal, agrégé; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours; Surmont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale, et INGLIS.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la République.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes.

Les abonnés pour 1900, à L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier.

## SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX. — Un cas de gastroentérostomie datant de dix-neuf mois, par les professeurs L. Dubar et H. Surmont. — Luxation irréductible du coude; résection, par le médecin principal Moty. — Coprostase et Fièvre, par le docteur G. Carrière. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES; séance du 24 novembre 1899. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de gastroentérostomie datant de dix-neuf mois.

Par MM. les Professeurs L. Dubar et H. Surmont.

Les opérations de gastroentérostomie sont loin d'être rares à l'heure actuelle; nous avons cependant cru intéressant d'en présenter un nouveau cas.

C'est que notre malade nous a mis à même d'observer deux phénomènes qui, bien que déjà connus, nous paraissent mériter d'être mis encore en lumière, à savoir; d'une part avec le retour rapide des forces, un accroissement de poids qui a dépassé de beaucoup ce que l'on observe habituellement, d'autre part un rétablissement très incomplet des fonctions de l'estomac coïncidant avec une transformation totale de l'état général. L'opération datant de dix-neuf mois, notre observation présente de ce fait un intérêt plus considérable.

OBSERVATION. — Le nommé L... 41 ans 1/2, accuse depuis longtemps des troubles gastriques, mais depuis environ trois ans il souffre davantage et a en particulier des vomissements fréquents. De l'apparition de ces symptômes datent l'amaigrissement et la perte de poids. Il a décidé de se faire soigner.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte de cancer de l'estomac. Père mort de cancer de l'estomac. Sœur morte de cancer de l'utérus. Un frère est mort de cancer de l'estomac. Deux autres frères sont actuellement portants.

Antécédents personnels. — A l'âge de 15 ans le malade a eu une varicelle légère; il n'a eu aucune autre affection.

L... fait le service des messageries. Il a exercé pendant un certain nombre d'années la profession de boulanger. L'exercice de cette profession, il a pendant quelques années l'habitude de beaucoup boire, de manger peu et à des intervalles presque aussi loin que l'on remonte dans le temps, l'on trouve des troubles dyspeptiques d'une gastrite alcoolique inappétence absolue, pyrosis, gêne gastrique après les repas. Malade depuis longtemps, le malade était très corpulent, pesait 102 kilos, pour une taille de 1,70 m. Notons qu'à aucun moment, le malade n'a eu de vomissements de sang, ni de selles de sang. L'estomac paraît jamais avoir présenté de troubles.

Vers le 15 juillet 1897, L... a co

alimentaires et se produisent le repas ; en même temps de et de ténisme rectal.

Le malade entre pour la première fois chez le Dr OLIVIER ; traité par des lavages au régime lacté, il est suffi- sament d'un mois pour demander encore incommode par une hémorroïde saignante. Le malade rentre de nouveau, très fréquents, une constipation assez fortes à l'épigastrique par des lavages et nourri par du lait et des œufs, le malade demande une nourriture et se refuse à prendre un peu de vin, du café, du sucre et les réapparaissent.

Le Dr nous (M. SURMONT) voit le malade pour la première fois ; il a eu des vomissements précédents. Ces vomissements de lait et des œufs absorbés par le liquide de l'estomac permet de constater un liquide exhalant une odeur qui contenant de nombreux pas de bile. Il faut pour obtenir, utiliser à ce premier résultat.

Le malade descend à 4 travers de doigt. À la palpation, on a dans la région épigastrique une sensation de résistance vague ; le ventre est plat, rétracté, et à la percussion. La palpation épigastrique qui rappelle un peu celle de l'obésité. La constipation est due à l'intestin s'explique aisément. De l'huile de ricin et des lavages ont été faits sans résultat.

Le malade mesure 8 centim. de hauteur à l'axillaire droite antérieure, le sein mammaire droit ; on ne le sent pas à gauche de la ligne médiane. Les urines sont fortement acides, chargées de sels, le 15 décembre, elles ne contiennent pas d'albumine ; leur volume est de 1.020 ; elles contiennent de la bile.

Le malade révèle rien d'anormal ; le cœur est régulier ; rien à noter du côté pulmonaire qu'un peu de râle aux deux bases.

Les téguments ont une teinte normale. Il n'y a pas d'ictère,

Les signes du malade et les signes cliniques tiennent tout d'abord d'affirmer une gastrite chronique alcoolisée depuis longtemps par l'usage du vin, de la gène et des douleurs épigastriques ; mais il est évident que la maladie s'est aggravée par l'inter-

vention rapide d'un facteur nouveau auquel il faut attribuer les vomissements alimentaires survenus depuis lors et l'amaigrissement considérable qui en a été la conséquence.

Ce nouveau facteur c'est l'obstruction pylorique révélée par les vomissements alimentaires abondants et le rejet constaté hier d'aliments pris l'avant-veille, plus encore par les résultats de l'exploration de l'estomac par la sonde qui a démontré le séjour prolongé et la fermentation dans cet organe des aliments ingérés. Au reste les résultats de la palpation de la région pylorique montrent l'existence d'une induration évidente et l'absence de bile dans le contenu de l'estomac indiquent que l'obstruction siège en deçà de l'ampoule de VATER.

Reste à faire le diagnostic plus précis de la nature de la sténose pylorique ; pour cela un examen approfondi est nécessaire et le malade est mis quelques jours en observation. Le traitement prescrit est le suivant :

À huit heures du matin et à cinq heures du soir, lavage de l'estomac à l'eau bouillie ; chaque lavage sera suivi de l'ingestion de 200 grammes de viande crue râpée et passée, en suspension dans l'eau (quantité correspondant à 400 gr. de viande). En raison de l'énorme fermentation butyrique constatée, le lait et tous autres aliments sont suspendus. La constipation sera combattue à l'aide de lavements.

Le 15, garde-robe obtenue grâce au lavement.

Le 17, le malade se sent mieux ; les lavages ont fait cesser les vomissements et les lavements ont provoqué une selle chaque jour. Le liquide retiré par la sonde de l'estomac est beaucoup moins fétide par suite des six grands lavages à l'eau bouillie pratiqués jusqu'ici. Il semble qu'une partie de la viande soit absorbée. Néanmoins à partir d'aujourd'hui on ajoute au traitement deux lavements nutritifs quotidiens composés de lait, peptone et œufs crus.

Avant le lavage de ce matin, on retire par la sonde 825 cc. de liquide trouble roussâtre dont l'extraction, rendue difficile par l'atonie de l'organe, nécessite l'emploi de la pompe de POTAIN.

Le liquide extrait de l'estomac a une odeur faible, il filtre très difficilement, laissant sur le papier une substance brune homogène, qui n'est autre que de la viande ayant subi un commencement de digestion, et une matière blanc verdâtre crémeuse formée de mucosités. On ne trouve pas de débris de tissus.

Le filtrat présente au tournesol une réaction acide, mais n'impressionne ni le rouge Congo ni le réactif de GUNZBOURG ; il ne contient donc pas d'HCl libre, constatation confirmée par les résultats de l'analyse par le procédé de WINTER. L'acidité totale pour 100 cc. ce qui est un chiffre élevé, peu élevé pour un malade n'ayant ingéré de viande depuis trois jours.

Le procédé de WINTER donne les résultats suivants :

$$\begin{array}{ll} T = 0,520 & H = 0 \\ F = 0,456 & C = 0,06 \\ T & \\ F & \end{array} \quad \begin{array}{l} \\ \\ \alpha = 1,9 \end{array}$$

Il existe une quantité appréciable d'a-

et d'acide butyrique. Le filtrat précipité par la chaleur, l'alcool et l'éther, donne avec la réaction du biuret, une coloration violette ; la digestion des matières albuminoïdes est par conséquent très peu avancée. Quant aux matières amylacées, il n'en existe pas dans l'estomac. Le liquide n'agit ni sur la liqueur de FEHLING, ni sur l'eau iodoiodurée. Le labferment est en quantité normale. Il n'existe pas de bile. On ne trouve pas de sang.

Le 19, on pratique une nouvelle analyse du contenu de l'estomac après ingestion d'un repas d'épreuve d'EWALD. Le lavage ayant précédé le repas d'épreuve d'EWALD a, par suite de l'atonie de l'organe qui rend toujours difficile l'extraction des dernières portions de liquide, laissé dans l'estomac environ 150 cc. d'eau ; de sorte qu'au bout d'une heure le contenu de l'estomac est de 560 cc. Le liquide gastrique a une légère odeur aigrelette, contient une grande quantité de mucus, des traces d'acide acétique et d'acide butyrique. Il n'agit pas sur le réactif de GÜNZBOURG ; le rouge Congo donne une coloration violette ; la réaction acide au tournesol est faible.

$$A = 0,031$$

$$T = 0,01752$$

$$H = 0$$

$$F = 0,01095$$

$$C = 0,00657$$

$$T$$

$$\bar{F} = 1,5$$

$$z = 4,8$$

La chaleur produit un louche dans le liquide qui n'agit pas d'une façon sensible sur le biuret. La liqueur de FEHLING est réduite et la liqueur iodoiodurée prend une teinte rouge. Il n'y a pas de bile dans le liquide, ni d'hémoglobine.

En résumé, l'exploration de l'estomac avec la sonde confirme l'existence de la dilatation constatée par l'examen physique et en démontre l'importance par l'abondance des liquides gardés dans l'estomac. L'absence d'agitation péristaltique, non signalée à l'observation, comme on a pu le voir, et si facile à constater dans le cas de rétrécissement accusé chez des sujets aussi amaigris que notre malade, faisait prévoir l'existence d'un haut degré d'atonie gastrique. La difficulté d'amorçage de la sonde et la nécessité de recourir à la pompe pour l'extraction en donnent une démonstration complète.

L'examen des résidus gastriques et du repas d'épreuve d'EWALD, vient aussi apporter un contingent de renseignements importants en montrant l'existence d'un catarrhe considérable de l'estomac, avec atrophie à peu près complète des glandes, se traduisant par une aepsie presque absolue. Etant donnés les antécédents personnels du malade, il n'est pas douteux que ce catarrhe ne soit très ancien et d'origine alcoolique.

Le diagnostic de catarrhe chronique alcoolique de l'estomac, compliqué de sténose du pylore, peut donc être posé en toute certitude.

Reste à élucider la nature de cette sténose. A cet égard, le problème est délicat. La palpation révèle dans la région pylorique une induration, dont les caractères sont trop peu nets pour permettre un

diagnostic précis. Il est nécessaire de procéder par exclusion pour limiter la question.

Nous pouvons exclure d'abord la maladie de REICHMANN et les spasmes du pylore, qui ne se rencontrent que chez les hyperpeptiques ; nous pouvons éliminer aussi les sténoses consécutives aux déplacements de l'estomac toujours moins graves et moins complètes et surtout moins rapides dans leur évolution que celle observée chez notre sujet, dont l'estomac n'est au reste pas déplacé ; nous pouvons encore écarter l'obstruction par un corps étranger dont il ne peut être question ici. Aucune lésion d'organes voisins ne nous amène à songer à une obstruction d'ordre extrinsèque : le champ des hypothèses se réduit ainsi progressivement à la périgastrite, au cancer, à un épaississement de la région pylorique par un ulcère en voie d'évolution ou de cicatrice. La périgastrite ne pouvant guère être dans le cas particulier qu'une complication d'une gastrite ulcéreuse, il reste en fin de compte à choisir entre le cancer et l'ulcère.

Les signes qui plaident pour le cancer sont : la présence d'une tuméfaction dans la région pylorique, le développement de symptômes de sténose sans cause occasionnelle appréciable ; les résultats de l'exploration chimique de l'estomac peuvent aussi, jusqu'à un certain point, être invoqués en faveur de cette hypothèse ; enfin, comme on l'a vu, les antécédents héréditaires du sujet sont fort chargés au point de vue du cancer.

Mais il n'existe pas d'adénopathie sus-claviculaire ou inguinale ; les troubles du chimisme stomacal s'expliquent suffisamment par la longue durée de la gastrite alcoolique, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un facteur nouveau. Le malade ne présente pas la teinte jaune paille caractéristique, sa déchéance organique est fonction de l'obstruction du pylore, et non de la nature de l'obstacle. Enfin il n'y a jamais eu d'hématémèses, ni de méléna. Il semble donc impossible d'affirmer l'existence d'un cancer du pylore.

Pouvons-nous affirmer au contraire l'existence d'un ulcère ? Pas davantage, car le chimisme est contre l'hypothèse d'un ulcère ; mais nous pourrions avoir affaire à des ulcérations multiples comme on en voit dans la gastrite des alcooliques. Les douleurs constatées ne sont pas celles de l'ulcère, mais bien celles de l'obstruction pylorique, et les lavages de l'estomac ont suffi à les faire cesser. Enfin n'oublions pas qu'il existe une tuméfaction fort appréciable au niveau de la région pylorique et qu'en admettre la nature ulcéreuse serait admettre en même temps qu'il s'agit d'un ulcère très ancien devenu calleux et resté latent jusque il y a six mois, hypothèse que rien de ce que nous savons des antécédents de notre malade ne nous permet d'affirmer.

Certaines raisons plaident, on le voit, en faveur de l'hypothèse du cancer, tandis que d'autres non moins bonnes tendent plutôt à faire croire à l'existence d'un ulcère : l'une et l'autre de ces affections pouvant du reste demeurer latentes jusqu'au moment où elles se traduisent par le rétrécissement du pylore.

Dans ces conditions il est sage de laisser à l'inter-

lèvement  
ut moins  
t le même  
le pylore  
pidement.  
amaigris-  
compris)  
cun doule  
mander à  
o-enteros-

ic incision  
appendice  
connu est  
st épaissi,  
des adhè-  
erne des  
calleuses  
r la petite  
forme un  
ues adhè-  
peut être  
cartée et  
rostomie.  
ore trans-  
Le grand

sus de la  
introduit  
e du côlon  
euillet du  
ent effon-  
nnière est  
eure de la  
l accroche  
ix mésent-  
lement et  
se intesti-  
première  
grêle est  
ostérieure  
nosée au  
parés à la  
yen séro-  
Quelques  
pues à la  
tétale est  
liqué sur

de l'opé-  
i certaine  
ependant  
paississe-  
un neo-

lade peut  
opération  
alimenta-  
à vue se  
viennent  
augmente

bonne les

résultats suivants : l'organe, un peu diminué de vo-  
lume, ne dépasse plus guère l'ombilic que d'un tra-  
vers de doigt environ. Sa motilité est beaucoup meil-  
leure ; au bout d'une heure on ne retire plus que  
135 cc. de liquide grisâtre, à odeur faible, contenant  
en suspension du pain dont la digestion est assez  
avancée et une quantité de mucus beaucoup moindre  
que dans les précédents examens. Le liquide contient  
encore des traces d'acide butyrique, mais pas d'acide  
acétique, ni d'acide lactique ; on n'y trouve pas non  
plus d'HCl libre. Le réactif de GÜNZBOURG, le réactif de  
Boas, le rouge Congo, le procédé de WINTER donnent  
des résultats concordants. L'acidité totale est de 0,069.

Dans le procédé de WINTER on trouve :

$$\begin{array}{ll} T = 0,248 & H = 0 \\ F = 0,146 & C = 0,66 \\ \frac{T}{F} 1.9 & = 0,66 \end{array}$$

La digestion des matières albuminoïdes ne se fait pas  
encore très bien : la chaleur et l'alcool produisent un  
louche dans le liquide et la réaction du biuret donne  
une teinte violette peu marquée. La liqueur de  
Fehling est réduite. Il existe du ferment lab en petite  
quantité.

En résumé, six semaines après l'opération, on  
trouve, avec un amendement très notable de l'état  
général, une amélioration nette des fonctions motrices  
de l'estomac et, semble-t-il, une légère tendance au  
réveil des fonctions glandulaires. L'amélioration se  
continue pendant les semaines qui suivent, et le  
malade retourne bientôt à ses affaires.

Un an après l'opération, le malade pesait 190 livres  
ayant ainsi regagné 38 kilos.

Le malade est revu en juillet 1899 (1), c'est-à-dire  
dix-neuf mois après l'opération. Il a repris sa vie  
d'autrefois et, il faut l'avouer, une partie de ses habi-  
tudes d'alcoolisme. Il digère cependant très bien, sauf

qu'il a de temps en temps un  
trique après les repas. L'es-  
tome débordant l'ombilic de deux trav-  
ers de doigt. L'estomac se vide d'une manière impar-  
faite. L'exploration directe avec la  
sonde pendant car on n'y trouve p  
à jeun. Les selles sont régulièr  
volume normal. Les urines, cl  
contiennent ni sucre, ni alb  
repas d'épreuve d'EWALD donne

Une heure après l'ingestion  
liquide : on en laisse dans l  
quantité et au bout d'une he  
ramène encore 26 cc.

Au bout d'une heure, le con-  
tenu est une bouillie épaisse, jaunâtre  
de pain intact, de pain qui a s  
de digestion. La filtration assez  
liquide limpide, jaunâtre, sai-  
sance aqueuse. Acide au tourn

(1) Revu à la fin d'octobre 1899, au m  
note, c'est-à-dire vingt-deux mois apr  
même état qu'en juillet.

rouge Congo, ni sur le réactif de GÜNZBOURG, ni sur le réactif de BOAS.

Après une heure et demie, au contraire, le liquide obtenu après filtration est très trouble, jaune verdâtre, d'odeur désagréable et de consistance huileuse. Les réactions de GMELIN et de PETTENKOFER y révèlent les pigments et les acides biliaires qu'on n'y trouve pas au bout d'une heure. L'acidité au tournesol a diminué; la recherche de l'HCl par les trois réactifs cités plus haut est toujours négative.

En somme, on voit que 19 mois après l'opération, la sécrétion acide de l'estomac est encore fort inférieure à la normale; l'HCl libre, en particulier, n'a pas reparu. La motricité est améliorée, mais le séjour des aliments dans l'estomac reste assez prolongé. Il se produit un certain antipéristaltisme pouvant amener un peu de bile dans l'estomac, car la faible quantité de ce liquide constatée au bout d'une heure et demie ne permet pas d'admettre l'existence d'un *circulus viciosus*.

L'acidité totale est de 0,102 au bout d'une heure; elle n'est plus que de 0,029 au bout d'une heure et demie; des traces d'acide acétique et d'acide lactique constatées par les réactions qualitatives expliquent en partie cette acidité, car HCl libre manque totalement et le procédé de WINTER donne pour HCl combiné 0,087 au bout d'une heure et 0,021 au bout d'une heure et demie.

En somme, si l'on compare les résultats des analyses du 13 juillet 1899, et du 4 février 1898 (six semaines après l'opération), on trouve qu'il n'y a pas eu un progrès bien notable au point de vue des fonctions chimiques de l'estomac.

Notre observation nous a paru mériter d'être relatée en particulier à cause de l'énorme accroissement de poids qui a suivi l'opération; si des gains de quinze ou vingt kilos ne sont pas rares, un gain de trente-huit kilogrammes constitue en soi un fait curieux et exceptionnel.

Pour le reste, notre observation met bien en relief certains faits qui, pour être actuellement bien connus de ceux qui s'occupent des affections de l'estomac et de leur traitement chirurgical, n'en méritent pas moins encore à notre avis d'être signalés à l'attention du public médical. Il en est ainsi de l'impossibilité qu'il peut y avoir dans certains cas, comme dans le nôtre, à établir, même au cours de l'intervention chirurgicale et de visu, la nature inflammatoire ou néoplasique des lésions pyloriques et péripyloriques; seules la marche de l'affection et l'intégrité actuelle de la santé de notre sujet nous amènent à croire à la nature inflammatoire des altérations peu caractéristiques que nous avons vues. Il en est de même du rôle énorme que joue la tare alimentaire dans la genèse des accidents symptomatiques de la sténose pylorique. Une

fois le cours des matières assuré, la constipation disparaît, les douleurs et les vomissements cessent, l'appétit et les forces reviennent et la suppléance intestinale permet au malade de se rétablir avec une musculature stomacale restée atone et une sécrétion tout à fait insuffisante. Ce n'est pas là un des moindres enseignements dont la pathologie médicale est redevable aux progrès de la chirurgie des organes.

### Luxation irréductible du coude. — Résection

Par le médecin principal Moty,  
professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

Le maréchal-des-logis L... fait, le 5 juillet, une chute de cheval et se luxé le coude gauche en arrière; la luxation présente ses symptômes habituels, mais il y a, en outre, une crépitation osseuse manifeste; plusieurs tentatives de réduction par la méthode de douceur, c'est-à-dire l'avant-bras en supination et incliné à 135° sur le bras, et le chirurgien agissant soit par traction, soit par propulsion, soit par les deux associées, sans le secours d'appareils, restent sans résultat, en ce sens que l'olécrane redescend à sa place normale, mais se déplace de nouveau, à la première tentative de flexion, cette dernière restant d'ailleurs infructueuse.

L'épreuve radiographique indiquant la persistance de la luxation, mais n'en donnant pas l'explication, une deuxième tentative est faite sous le chloroforme et ne réussit pas mieux que les précédentes, malgré la précaution prise d'immobiliser ensuite le coude pendant quelques jours, dans une position voisine de l'extension.

Le 7 octobre, trois mois après l'accident, le malade est chloroformé; on essaie encore la réduction par la méthode de douceur après distension forcée des ligaments latéraux, mais sans résultats; la crépitation a disparu, mais les parties sont fixées dans leur position et l'olécrane ne descend plus à sa place.

Comme la flexion reste limitée à un angle de 145° à 140°, après application de la bande d'ESMARCH, je pratique la résection sous-périostée de l'olécrane et de la tête du radius (*cette dernière, déformée et peu résistante*) avec la pince-gouge et par l'incision médiane postérieure de HUETER: une fois l'olécrane complètement abasé, on aperçoit dans l'articulation, une plaque ostéo-cartilagineuse, faiblement adhérente, interposée entre la surface articulaire du cubitus et la trochlée humérale, comme un ménisque interarticulaire; on l'enlève avec de fortes pinces et la réduction se fait ensuite d'elle-même avec rétablissement immédiat des mouvements; réunion profonde au catgut, superficielle aux crins de cheval, en drain de caoutchouc.



ère à 135°,  
n et des fils  
ments pro-

s'était polie  
épaisse de  
et demi et  
provenir de  
et s'inter-  
e fois qu'on

est que la  
ence de ce  
cile de s'en  
je présente  
été de M. le

j'ai cru pou-  
s la produc-  
is basé pour

i et d'hyper-

ntenu intes-  
. Chacun de  
des preuves

enue peu de  
croyais du  
poudu à mes  
mon travail.  
s faits, mais  
el article, je  
it.

rtains mem-  
t eu l'air de  
s en somme

on. J'ai affir-  
se est due à  
qui, absorbés  
agents pyré-  
s et produire

ème théorie,  
n article du  
outenait que

l'intoxication n'était rien, la débilité nerveuse tout. C'est du moins ainsi que je traduis cette phrase : « Pourquoi donc les nouvelles accouchées font-elles de la fièvre alors que, constipées tout aussi bien durant leur grossesse, elles n'en avaient pas? » *Ce n'est pas que les poisons circulants soient en plus grande quantité, c'est que leur organisme y est plus sensible »* (Bulletin de la Société centrale de Médecine du Nord, 1899, p. 338). Et dans son deuxième article paru après le mien l'auteur ajoute (ce qui atténue déjà son opinion première) :

« La fatigue de l'accouchement rend certaines femmes » plus sensibles à l'action des poisons de leur intestin elles » font de la fièvre par constipation, alors que la constipa- » tion est incapable d'élever la température des sujets » normaux. »

Voilà ce que je ne puis admettre :

1° La fatigue de l'accouchement est-elle la cause de la débilité nerveuse qui rend l'organisme plus sensible à l'action des agents pyrétoènes ?

Non. Je n'en veux pour preuve que l'avant dernière observation de M. le docteur OUR. La fièvre, due à la coprostase, fit son apparition quinze jours après l'accouchement. On doit avouer qu'à ce moment la fatigue de l'accouchement devait être dissipée depuis longtemps déjà !

Et puis, enfin, si c'est la fatigue d'un accouchement ou d'un traumatisme opératoire (la fièvre par coprostase n'est pas rare, disent les chirurgiens, après l'hystérectomie ou l'ablation des tumeurs abdominales : d'où vient que les malades de M. DELORME, sur lesquels M. INGELRANS base son argumentation n'en aient pas présente pour la plupart à la suite de leurs opérations ?

Ce n'est donc pas la fatigue seule de l'accouchement ou du traumatisme qui rend certaines femmes plus sensibles à l'action des poisons intestinaux.

2° La coprostase est-elle capable de donner naissance de la fièvre chez des sujets normaux.

M. INGELRANS le nie en se basant sur un travail fort important de M. DELORME.

Je lui répondrais qu'il ne pour les raisons suivantes :

1° Les sujets de DELORME n'ont été opérés pour des affections

2° Ces sujets prenaient de laudanum par jour, ce qui nous concerne. Le laudanum thermie ou l'absorption intestinale verrais volontiers la preuve certaines malades ayant eu » 38°, une nouvelle dose de laudanum » température à la normale ».

3° Sur 160 malades de M. DELORME, les températures oscillant entre 37°

dessus de 38°. — Combien ? Il faudrait préciser. — Car, au-dessus de 37°5 on admet généralement qu'il y a fièvre.

Une cinquantaine peut-être de ces malades ont eu de la fièvre. M. INGELRANS *n'est donc pas autorisé à écrire* : « Les 160 malades de M. DELORME n'ont pas eu de fièvre ». C'est un aveu que je recueille précieusement et qui me prouve la justesse de ce que j'ai avancé, à savoir que « l'hyperthermie est moins rare qu'on ne le pense dans la coprostase. »

J'ai pu en effet me convaincre que des vieillards ou des personnes normales constipées présentaient parfois de la fièvre. A ce propos, M. INGELRANS, bien que je le lui eusse spécifié à la Société centrale de Médecine, a cru devoir écrire que ces vieillards « étaient atteints de colite muco-membraneuse ». Cet oubli de rectification me semble de mauvaise lutte et de mauvais aloi. Mes vieillards, en effet, n'étaient nullement malades. Néanmoins la constipation produisait chez eux quelques poussées fébriles.

J'ai pris les températures rectales parce que je les crois moins sujettes à erreur ; et je ne puis comparer ces températures rectales à la température axillaire de l'accouchée de M. OUI, comme le veut M. INGELRANS, même avec la température rectale qu'il déduit *hypothétiquement* de la température axillaire.

La comparaison ne peut se faire.

Et puis, M. INGELRANS, dans l'intérêt de sa thèse, vient précisément se baser sur le cas où la température a été le plus élevé, affirmant qu'on ne peut comparer les élévations thermiques légères de mes vieillards avec celle des accouchées de M. OUI. Il oublie que dans les trois autres cas, elle n'était que de : 39°, 38°5, 38°. La température rectale de mes vieillards était de : 38°5, 38°7, 38°9. La différence n'est donc pas énorme et je puis dire que des *sujets normaux peuvent avoir de la fièvre tout aussi bien que des accouchées*.

Il résulte de ces trois objections que le mémoire de M. DELORME dont M. INGELRANS fait la pierre angulaire de son argumentation ne peut pas servir en l'espèce, bien plus qu'il vient appuyer certaines de mes conclusions.

La même objection peut s'adresser au travail de M. le professeur BOUCHARD, à l'ombre duquel s'abrite M. INGELRANS. Il s'agit en effet en ce cas de fébricitants ou de convalescents d'une pyrexie. Peut-on les comparer à des sujets normaux, à des opérés, à des femmes qui viennent d'accoucher ?

Evidemment non. Leurs centres thermiques, en effet, viennent de subir une première atteinte de la fièvre. Cette première atteinte ne les prédispose-t-elle pas à une seconde atteinte de la part des agents provocateurs de la fièvre ? On ne peut donc, en raisonnant d'une façon serrée, faire appel à ces très importants travaux.

Il ne reste donc plus dans ce deuxième article de M. INGELRANS que deux derniers arguments qui sont :

1° Les scybales ne sont pas nocives, elles ne permettent pas l'absorption.

2° L'occlusion intestinale s'accompagne d'hypothermie et non d'hyperthermie.

Examinons ce qu'ils valent.

J'ai dit, et je répète, que si les scybales sont si dures, c'est que leur partie aqueuse avait été absorbée et avec elle les poisons qui étaient dissous.

D'un autre côté, j'ai ajouté qu'à la surface et dans l'intérieur de ces masses pullulaient les espèces microbiennes les plus diverses. Les fermentations y sont exagérées, la toxicité élevée de ces matières fécales nous le prouve. Rien d'étonnant, dès lors, à ce que les toxines et les poisons produits en surface ne soient absorbés. Rien d'étonnant non plus à ce que cette absorption ne soit exagérée lorsqu'un laxatif, un lavement viennent liquéfier ces matières et mettre en liberté les toxines et les poisons fabriqués en leur centre. J'y vois justement un argument des plus évidents contre cette assertion de M. INGELRANS. « Les matières fécales dures ne contiennent plus grand chose » capable d'être absorbé » (page 338, loc. citat). Il faut croire qu'il y avait quand même quelque chose, puisque la fièvre s'est allumée précisément à ce moment.

Pourquoi, dit enfin M. INGELRANS, la constipation produit-elle de l'hyperthermie, alors que l'occlusion intestinale n'en produit pas ? Les deux accidents ne se comparent pas. Voici pourquoi. HOFFA et GAMALEIA ont démontré que ce n'étaient pas les microbes ou leurs toxines seuls qui produisaient la fièvre. Toxines ou microbes ont à lutter dès leur pénétration dans l'organisme contre les éléments cellulaires (leucocytes, épithéliums, cellules fixes) de la paroi intestinale. Ces éléments cherchent à les détruire, à les digérer, il en résulte la production de substances pyrogènes, qui, elles, sont capables de donner lieu à la fièvre.

Dans la constipation, tous ces éléments sont sains, dans l'occlusion intestinale les lésions de la paroi intestinale sont des plus nettes. N'est-ce pas là la cause de l'hypothermie ? et peut-on comparer deux semblables états ?

Après ces diverses critiques, je ne vois plus ce qui resterait debout de l'argumentation de mon éminent confrère. Je ne vois rien qui puisse servir à soutenir encore sa théorie de la susceptibilité réactionnelle des centres thermiques des accouchées, susceptibilité elle-même, due à la débilité nerveuse, causée par le traumatisme obstétrical.

J'ai vu avec plaisir, du reste, que dans son deuxième article, M. INGELRANS se ralliait à mes conclusions, en écrivant : « Si les poisons et les toxines de l'intestin sont le » facteur essentiel de l'hyperthermie, l'organisme qui réagit pour faire la fièvre, a une part égale en importance. »

Il y a loin de là à ce qu'il écrivait dans son premier mémoire et à ce que je me refuse à admettre comme une hypothèse purement gratuite et basée seulement sur des

que les poisons circulants soient  
c'est que leur organisme y est

ce donc la discussion comme  
ant comme moi de l'absorption  
tiel de l'hyperthermie de la  
maintenant quelles sont les  
absorption.

••

le seconde série d'expériences,  
**décompression abdominale** sur  
estrianaux. J'ai donc entrepris  
as que voici résumées :

#### RIE I.

le lapine à neuf heures du ma-  
raginale, qui é ait de 38°5 avant  
; le lendemain de 40°, le sur-

le lapine de même poids, à la  
e était de 38°2 à neuf heures,  
son abdomen en y insufflant

ette lapine furent de 39°, 39°5,  
à celle de l'expérience a.

ids que les précédentes reçoit  
ir stérilisé. T. 38°4. Le lende-  
anus. On vide le péritoine  
de 40°4, 41°, 41°6, c'est-à-dire  
ix autres.

#### RIE II

ure de Hg et de K.  
çoit dans le rectum 10 c<sup>3</sup> d'une  
e Hg et de K. Il meurt en quinze

la veille, avait reçu dans le  
isé, reçoit le lendemain, dans le  
même solution; il meurt en

la veille, avait reçu 150 c<sup>3</sup> d'air  
reçoit le lendemain, une heure  
ue, la même dose de la même  
minutes.

#### RIE III

sulfure de sodium.  
it, dans le rectum, 9 cc. 5 de la  
sodium de ROGER. On décèle  
plombite de soude.

. reçoit, dans le rectum, 9 cc. de

la même solution, vingt-quatre heures après avoir reçu  
150<sup>3</sup> c d'air stérilisé dans le péritoine.

L'H<sup>2</sup>S apparaît dans l'haleine.

c) Un troisième lapin de 2 k. reçoit, dans le péritoine,  
150 c<sup>3</sup> d'air stérilisé. Le lendemain matin on vide son péri-  
toine, on injecte dans le rectum 5 c<sup>3</sup> de monosulfure de  
sodium.

L'H<sup>2</sup>S apparaît dans l'haleine.

Cette triple série d'expériences prouve que la distension  
abdominale, lorsqu'elle cesse, favorise l'absorption des  
poisons d'une façon considérable. Sans être absolu puis-  
que dans ces expériences, les conditions ne sont pas rigou-  
reusement identiques à ce que l'on observe en clinique,  
on peut donc dire : Ainsi se trouve vérifié ce que disait  
mon collègue et ami, le docteur OUR : « la décompression  
abdominale qui suit l'accouchement joue peut-être un  
rôle dans l'absorption des poisons intestinaux. »

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de faire en  
ce cas la part de ce qui appartient à l'absorption intesti-  
nale, et de ce qui appartient à la fonction hépatique.

Ces expériences prouvent un premier fait. Elles ne sont  
que le début d'une nouvelle série d'investigations clini-  
ques et expérimentales, que je compte ultérieurement  
publier

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie des Sciences.** — MM. WERTHEIMER  
et LEPAGE. La sécrétion pancréatique est indépendante  
du système nerveux central. Elle est sous l'action du  
système ganglionnaire périphérique.

**Académie de médecine.** — M. FOURNIER pre-  
conise les consultations gratuites bien faites et la  
distribution des médicaments comme moyen prophylac-  
tique efficace de la syphilis.

**Société d'obstétrique** — MM. HUTINEL et  
DELESTRE font une étude critique de la couveuse :  
excellente pour les enfants en hypothermie, la cou-  
veuse devient dangereuse par le fait même de sa  
température constante qui facilite considérablement  
les infections. Aussi, s'il est bon de mettre  
un enfant en hypothermie, faut-il l'en rel-  
sa température atteint 37° et se garder de  
la couveuse un enfant infecté.

**Société de Biologie.** — M. LAGUE  
intéressante communication sur la vai-  
tissu endocrine dans le pancréas.

••

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 24 Novembre 1899

Présidence de M. CARLIER, président.

## Péritonite tuberculeuse et radiothérapie

**M. Ausset** montre de nouveau à la Société une petite fille de quatre ans, atteinte de péritonite tuberculeuse, chez laquelle il a employé comme unique traitement la radiothérapie.

Cette petite malade avait déjà été présentée à la Société il y a quelques mois, tout au début du traitement.

A ce moment elle avait un exsudat péritonéal très abondant ; de plus, par places et surtout au niveau de l'ombilic, la palpation délimitait de vastes gâteaux péritonéaux.

**M. Ausset**, pour bien mettre en évidence l'action de la radiothérapie, n'institua aucun autre traitement, ni médical ni chirurgical, et laissa la malade au régime ordinaire de l'hôpital.

Au début des séances de radiothérapie, le périmètre de l'abdomen mesurait 64 cent. 5 et maintenant il n'est plus que de 56 cent. Le ventre est toujours resté un peu gros, ce qui est certainement une conséquence de la longue distension de la paroi par l'exsudat, mais il n'y a plus toutefois la moindre induration. De plus l'enfant a augmenté de poids depuis le début du traitement.

Le 27 mai dernier, elle pesait 16 400 grammes, et actuellement 19.150 grammes. Le foie, qui était un peu gros, déborde encore beaucoup les fausses côtes, et ce fait assombrit le pronostic. En tout cas il est permis de considérer cette petite fille comme guérie de sa péritonite et d'en attribuer la guérison à la radiothérapie.

**M. Charmeil** admire le résultat obtenu, mais n'ose se prononcer sur l'efficacité des rayons X ; car le fait même de la présence de l'enfant à l'hôpital, dans un milieu plus hygiénique, la nourriture plus saine et plus abondante, tout venait en aide au traitement institué. Il ne croit pas enfin qu'il faille attribuer cette guérison à la radiothérapie.

**M. Ausset** répond alors à **M. Charmeil** qu'il n'affirme pas que l'agent curateur soit exclusivement les rayons X. Il n'apporte pas encore de conclusions fermes de ce côté. Il a observé cependant trois cas de

péritonites tuberculeuses traitées par la radiothérapie. Le premier cas, publié en 1896, culose généralisée chez un enfant ayant un ventre très ballonné. Soumis à l'influence des rayons, la sensibilité du ventre cessa. Le malade sa tuberculose généralisée. En qu'une amélioration très notable état à la suite de cette expérience.

Dans le second cas intervint l'otite et de la suralimentation pas attribuer certainement le succès.

« Dans le troisième cas qu' » **M. Ausset**, nous ne conclu » nous n'affirmons pas l'action » mais nous constatons toutefois » dence. »

**M. Charmeil** s'étonne que la médecine n'ait pas publié d'autres cas. Il y a, en effet, un grand nombre de radiothérapie, et aucun n'a publié d'analogues.

**M. Ausset** fait remarquer que quelques cas de tuberculose extérieurement analogue (*Kirmisson*) et d'expérience plus évidente, il demande le même traitement chez d'autres (arthrite, etc.).

**M. Moty** appuie la demande basant sur ce fait que beaucoup devant une opération et qu'il est facilement séduit par ce mode de traitement. Pour sa part il ne voudrait pas passer du traitement général.

**M. Ausset** voyant dans la radiothérapie une action énergique de révulsion, ne s'explique pas pourquoi elle n'a réussi là où réussit la révulsion de feu par exemple.

**M. Charmeil** rappelle à ce sujet les cas admis actuellement ; l'une d'elles par rayons X par une révulsion imitant une action microbienne solaire, mais il ne croit pas qu'il agisse dans ce cas comme révulsif vu qu'il ne se produit aucun symptôme pouvant affirmer cette

chique

malade entrée  
nt une difficulté  
18 mois Elle a  
prendrait pour  
e, sans qu'on  
nements précis  
e tousse pas, et

le ce tirage. En  
ions adénoides.  
a donné qu'une

mis d'éliminer  
, obstruant les  
is d'emphysème  
Les signes sté-

es symptômes à  
, quoique l'on

s trachéo-bron-  
, donnent de tels  
déceler par la

le M. Ausset et  
ent amène une  
nant lieu à ces  
at général de la  
i. Il croit qu'au  
rait essayer le  
nuerait pas. Il  
i petite malade,  
trouve pas en  
l'ajoute aucune  
e par certains

néral, prescri-  
de Fowler, des  
r'il a fait radio-  
rien pu déceler

l'utérus.

n d'une femme  
ente cette pièce  
, effacé, dilaté,

laissait apercevoir une masse néoplasique, molle et saignante, développée aux dépens du col. L'ablation fut faite par la voie abdominale et ne présenta aucune suite opératoire intéressante.

**M. Carlier** a eu à opérer une femme ayant présenté également un fibrome du col, mais ce fibrome avait peu à peu quitté l'utérus pour faire hernie dans le vagin, et M. CARLIER dut l'enlever par morcellement successif et faire également de l'utérus.

#### Traitement des calculs de l

**M. Carlier** rapporte les c  
tement employés par lui ch  
pour calculs de la vessie.

Dans neuf cas il eut recou  
trique, faisant chez cinq un d  
le double tube de Guyon-Pé  
autres refermant immédiat  
suture totale de la plaie vési-

Dans onze cas, M. CARLIER  
tritie, bien qu'on lui reconnai  
inconvenients, tenant surtout  
et à l'hyperexcitabilité de la

Lorsque toutefois les dime  
trop grandes, lorsque la for  
convenable, il peut se trouver  
De plus il faut que le lithotrite  
canal de l'enfant. En tous ca  
ne peut pas constituer une  
lithotritie.

**M. CARLIER** fait remarquer  
lité de l'urèthre et de la vessie  
chloroformisation. En effet, av  
profonde, on n'a pas à crain  
vésicale ne chasse dans l'uri  
calcul. Aussi M. CARLIER con  
présence d'un calcul de la ve  
faut songer qu'à deux métho  
lithotritie et la taille hypogast  
de la plaie vésicale et suture  
paroi abdominale, la lithotr  
d'exiger une main exercée, c  
choix pour le traitement des  
l'enfant comme chez l'adulte.

## VARIÉTÉS

### Vente du lait en Amérique

Comment est organisée à New-York la vente du lait ?

La quantité quotidienne de lait vendu dans la ville est de 1.212.000 litres. Il faut y ajouter 20.000 litres de crème et 10.000 litres de lait condensé.

On estime à 186.233 le nombre de vaches laitières chargées de fournir à la consommation de New-York. Ces vaches sont réparties en cinq États : New-York, New-Jersey, Pensylvanie, Connecticut, et Massachussets.

Les fermes situées dans le voisinage immédiat de la cité fournissent 332.000 litres de lait. Le reste, soit 880.000 litres, est apporté par le chemin de fer.

Pour la surveillance et le contrôle du lait, la ville est divisée en districts, dont chacun est à la charge d'un inspecteur.

L'inspection est faite à l'arrivée des trains. Les wagons destinés au transport du lait étant spécialement aménagés à cet effet, et munis d'appareils de réfrigération ou de chauffage, pour prévenir le surissement en été et la congélation en hiver, et le transport se faisant à grande vitesse, le lait arrive en général dans de bonnes conditions, même des régions les plus éloignées.

Les facilités accordées par les chemins de fer aux fournisseurs, à savoir des appareils réfrigérants aux points d'embarquement et des agents qui surveillent le lait pendant son transport, contribuent surtout à assurer la conservation du lait, de façon qu'en dépit des distances souvent très grandes à parcourir, il peut être livré encore frais et en bon état pour le consommateur.

A New-York, nul n'est autorisé à vendre ou à distribuer du lait sans permis du bureau sanitaire.

(*Presse méd. belge.*)

### A propos de corsets.

Tandis que M<sup>me</sup> le Dr GACHES-SARRAUTE s'efforce de trouver pour la femme un corset hygiénique, nous voyons en Allemagne un médecin faire des constatations archéologiques tendant à réhabiliter l'instrument de torture que tous les hygiénistes s'accordent à condamner. Le *Journal des Débats* reproduit à ce sujet la curieuse note suivante :

« On vient d'exposer à Dresde les œuvres de Lucas CRANACH. Les peintres y ont pris leur plaisir et les orthopédistes leur profit. Car un médecin, le docteur SCHLANZ, a été frappé d'y voir qu'Eve, Lucrèce et les déesses même avaient le dos rond. Il en ressentit une tristesse qu'il divulga dans la *Semaine médicale allemande*. L'infirmité de ces figures n'est pas un caprice dépravé de CRANACH ; car ses portraits de femmes sont également rachitiques, et la duchesse Catherine présente un cas de scoliose bien accentué. Albert DURER, qui dessine un Adam magnifique, infléchit pareillement l'épine dorsale d'Eve. Comme on ne peut douter de la sincérité de ces maîtres, on doit avouer que la femme allemande de la Renaissance avait

l'échine tordue. Le docteur SCHLANZ a trouvé la cause d'une si grande disgrâce dans le costume qui était bien moins soutenu qu'aujourd'hui de baleines et d'acier. Là est la cause de dégénérescence du type féminin. Poursuivant ses études sur d'autres époques, le docteur SCHLANZ est arrivé à cette formule générale que toutes les générations sans corsets avaient le dos voûté. L'érudition conduit à tout, et il n'est pas de découverte trop ingénieuse pour la science allemande ; mais il serait intéressant d'appliquer à l'antiquité la formule du docteur saxon, et de savoir si Cléopâtre, dont nous savons déjà qu'elle avait le nez trop court, n'avait pas également le dos circonflexe. »

## NOUVELLES & INFORMATIONS

Le vendredi 3 novembre 1899 a eu lieu le 4<sup>e</sup> dîner de 1899 de l'Association de la Presse médicale, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. le Dr LABORDE, syndic. — 28 personnes assistaient à cette réunion.

I. NOMINATIONS. — On été élus *Membres titulaires* de l'Association : 1<sup>er</sup> M. le Dr TOULOUSE (de Paris), rédacteur en chef de la *Revue de Psychiatrie* ; 2<sup>e</sup> M. le Dr LEMOINE (de Lille), rédacteur en chef du *Nord Médical* ; 3<sup>e</sup> M. le Dr BOIX (de Paris), rédacteur en chef des *Archives générales de Médecine* ; 4<sup>e</sup> M. le Dr RICARD (de Paris), représentant la *Gazette des Hôpitaux* ; 5<sup>e</sup> M. le Dr DUCHAMP (de St-Etienne), rédacteur en chef de la *Loire Médicale*.

II. CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE DE 1900. — M. le Dr BLONDEL, secrétaire général du Comité d'organisation du Congrès, a indiqué le rôle joué jusqu'à présent par l'Association de la Presse médicale dans l'organisation de ce Congrès, qui s'annonce comme un véritable succès.

III. ANNUAIRE DE L'ASSOCIATION. — M. le Secrétaire général de l'Association a fourni des explications et constanciées sur la publication de l'Annuaire de 1900. Il est entendu que, dans cet annuaire, figureront les *photographies de tous les membres* et une *reproduction de la page de couverture de chaque journal*. Chaque membre est à nouveau prié d'envoyer de suite ces documents au Secrétaire général.

IV. CHEMINS DE FER. — M. le Dr LABORDE, syndic, au nom de la Commission des Chemins de fer, a fait part de ses démarches nombreuses auprès des Compagnies.

V. LA PRESSE AUX CONGRÈS DE 1900. — Sur la proposition de M. le Dr NOIR, la question des rapports de la Presse avec les Congrès de 1900 est mise à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

VI. CARTES D'ENTRÉE A L'EXPOSITION. — Le Bureau est chargé de faire les démarches nécessaires pour obtenir les cartes d'usage.

## UNIVERSITÉ DE LILLE

### SOUTENANCES DE THÈSES

M. J.-L.-V.-J. THÉRET, de Pierremont (Pas-de-Calais), a soutenu, le lundi 13 novembre 1899, sa thèse de doctorat (5<sup>e</sup> série, n<sup>o</sup> 138), intitulée : **Contribution à l'étude de l'accouchement spontané dans les bassins viciés.**

M. J.-G.-E. SUTTER, aide d'anatomie à la Faculté, de Lille (Nord), a soutenu le mercredi 22 novembre devant la Faculté, sa thèse de doctorat (5<sup>e</sup> série, n<sup>o</sup> 139), intitulée : **Fistules vaginales de l'uretère.**



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté; Bédard, professeur agrégé de physiologie; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; Charmell, professeur de clinique dermatologique et syphilligraphique; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale, et INGELRANS.

MM. Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie; Dubar, professeur de clinique chirurgicale; Folet, professeur de clinique chirurgicale; Gaudier, professeur agrégé; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique; Looten, médecin des hôpitaux; Manouvriez, (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; Surmont, professeur d'hygiène.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Les abonnés pour 1900, à L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier.

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Rétrécissement mitral pur et cure d'air, par le professeur Surmont. — Caprostase et fièvre, par le docteur L. Ingelrans. — Note sur le pronostic des tumeurs myxomateuses des membres, par le docteur G. Potel. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — BIBLIOGRAPHIE. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Rétrécissement mitral pur et cure d'air

Par M. le Professeur Surmont.

Le rétrécissement mitral pur ou maladie de Purozier, représente une forme spéciale bien individualisée de la sténose auriculo-ventriculaire gauche; on sait que cette lésion est longtemps compatible avec l'existence, à la condition que l'on ait soin de ne réclamer à l'organe en état d'insuffisance fonctionnelle qu'un travail compatible avec ses forces.

Aussi, de l'aveu de tous les médecins, les prescriptions hygiéniques ont-elles une grande importance, non pour prévenir des lésions depuis longtemps constituées quand elles se manifestent cliniquement, mais pour retarder l'écllosion des accidents variés auxquels sont exposés les malades.

Si l'on en croit les auteurs de la plupart des traités classiques (Huchard. Traité de thérapeutique appliquée.

— André Petit. Traité de médecine Charcot-Bouchard.  
— Pierre Merklen. Traité de médecine et de thérapeutique Brouardel-Gilbert), les plus importantes parmi les prescriptions hygiéniques sont le repos et la surveillance sévère de toutes les fonctions de l'organisme en vue de prévenir les accidents que le surmenage ou simplement la fatigue des appareils digestif, nerveux, musculaire, génital, entraînent si facilement chez les malades atteints de sténose mitrale pure.

Sans doute ces prescriptions ont une importance majeure et nous y souscrivons de tout point; mais elles ne doivent pas être considérées comme résumant à elles seules tout le traitement hygiénique de l'affection. On sait que dans le rétrécissement mitral pur, les complications broncho-pulmonaires sont fréquentes, qu'il s'agisse de pseudo-asthme cardiaque, de bronchites à répétition, de congestions pulmonaires avec ou sans hémoptysies, ou même de tuberculose pulmonaire. N'a-t-on pas cru justifiée la description d'une forme pseudo-tuberculeuse du rétrécissement mitral pur?

La prévention de tous ces accidents broncho-pulmonaires est insuffisamment assurée par les prescriptions énoncées plus haut; il faut dans ce but spécial avoir recours à la cure d'air.

Les enseignements de notre pratique personnelle, qui, sur ce point particulier, date de 4 années déjà, nous permettent d'affirmer que les résultats thérapeutiques de cette méthode sont véritablement surprenants.

Cette cure d'air ne doit suivre que quelques-unes des règles édictées pour les malades atteints de tuberculose pulmonaire. Elle doit être permanente, de jour et de nuit. C'est là une prescription essentielle à laquelle on ne trouve



extérieures que très les climats du Nord. : malade qui, depuis ois la fenêtre de sa

prescrit aux malades stoliques l'exige. En les, il est inutile de nple, pour les tuber- tre prescrit que dans tigue du cœur. uralimentation, car et les prescriptions l'état de l'appareil

se borne donc exclu- our et de nuit. Sous s'amender les acci- ue soit leur nature ; ibles sont peut-être des atteints d'accès ns une malade que re ; elle ne les a plus conseil, elle a adopté rtes. Dans ces cas e, la cure paraît agir

ongestifs deviennent ts chez les malades est même pas rare de

influence que peut le la prophylaxie des dre chez ces malades. nent la tuberculose ie chez les malades is inutile de déclarer d'air, la lésion car- rescrire.

nent à la disparition

Le pouls redevient s phénomènes d'aus- nent mitral cesse de e devenir une simple

e d'air sur les acci- s du rétrécissement ement par l'influence probablement faire e d'une aepsie plus part à l'absence de tion habituelle d'un

air moins chargé de germes, d'autre part au réveil de la vitalité des éléments anatomiques chargés de la défense de cette voie d'envahissement de l'organisme.

Il en résulte que dans la conception pathogénique des complications broncho-pulmonaires survenant chez ces malades, il faut peut-être attribuer aux phénomènes d'ordre vasculaire un rôle moins important qu'on n'a tendance à le faire et accorder en même temps aux infec- tions bronchiques une influence plus grande mais dont la valeur exacte est difficile à pré- beaucoup d'autres cas, les facteurs multiples.

Les conclusions de ce travail vation de cinq malades suivies a temps qui varie de quatre ans à de mum à dater du début de la cure nos malades l'ont faite dans dive la France, où elles habitent en d'elles, qui passe l'hiver à Lil Joinville-le-Pont. Je suis conva climatériques françaises donnerai leur résultat et n'hésiterais pas : sion, mais je tiens à faire rema traitement hygiénique peut être a

Je ne rapporterai ici que le ré- malade que j'eus l'occasion de avec le docteur Bitterlin, de Join-

Madame D..., âgée de 36 ans, es d'apparence souffreteuse, fille et sœur elle-même à un degré marqué les signe ment releves chez les sujets atteints :

A part quelques signes de chlorose saillant à relever dans les premier première grossesse qui est bien sup laquelle on commence à noter une te : A 27 ans, deuxième grossesse assez pé difficile par le volume exagéré de l'en application de forceps. C'est après ce cent à se manifester les premiers sigi forme de dyspnée d'effort et de bron-

Je vois la malade pour la première diagnostic de rétrécissement mitral décembre 1895, plusieurs bronchites srieuses. En janvier 1896, bronchop la malade ne se tire qu'avec peine et bronchite chronique et des accès d malade passe l'été de 1896 à Joinvi confinee à la maison. Je la revois au t institue le traitement par l'aération p tout autre adjuvant que le repos. malade se transforme ; les accès d'as la bronchite s'atténue puis disparaît e fonctionne mieux. Actuellement, la ma et, à condition d'éviter les fatigues q n'éprouve plus le moindre trouble fois que je l'ai vue, elle venait me faire de la bicyclette. Inutile de dire

Cette observation résumée peut commentaires, et je le crois suffi pour engager nos confrères à in nente au nombre des prescriptions aux malades atteints de sténose :

### Coprostase et Fièvre

*(Dernier article)*

Par le docteur **L. Ingelrangs**, lauréat de la Faculté de Paris.

Je me vois forcé de revenir encore sur ce sujet, bien qu'il ait déjà fait verser trop d'encre. Le dernier mémoire de M. CARRIÈRE contient, en effet, des arguments que je ne puis laisser passer sans réponse, mais c'est ici que je me bornerai et cet article clora, de mon côté du moins, la discussion. Je vais reprendre les objections qu'on me présente et essayer de remettre les choses au point : elles en ont besoin.

M. CARRIÈRE pense que le résultat de ses expériences a dû anéantir mon hypothèse. Voyons un peu ce qu'il en est.

La coprostase, dit-il, s'accompagne d'une pullulation microbienne très marquée. Si on oblitère l'anus d'un lapin et qu'au bout de trois jours on le sacrifie, on constate que les fèces renferment bien plus de microbes.

Nous nous en doutions bien un peu, et comment en serait-il autrement?

Pourquoi les microorganismes ne se développeraient-ils pas et ne se reproduiraient-ils pas dans un pareil milieu de culture? Point n'était besoin d'une expérience pour nous en assurer. Enfin, l'expérience est faite et elle est naturellement concluante. Cela fait-il avancer d'un pas la question? et en quoi cela peut-il être important, puisqu'en fin de compte, le tube digestif n'est que la prolongation du monde extérieur? Les microbes du tube digestif sont nos commensaux, et non point nos parasites, distinction utile à faire, surtout dans le cas présent.

Attendez, dira-t-on ; la coprostase augmente la virulence du colibacille.

M. CAURIÈRE, en effet, le démontre par une nouvelle expérience, et je lui ai demandé : n'existe-t-il pas de coli virulent dans l'intestin normal? Cette question est restée sans réponse de sa part. Or, il est des cas où la virulence du colibacille intestinal existe en dehors de tout état infectieux. MACAIGNE, dans sa thèse, l'a constatée trois fois sur sur treize examens. NOBÉCOURT, cette année même (*Semaine médicale*, p. 170), voulant vérifier les idées de LESAGE sur le rôle du coli dans les gastro-entérites des nourrissons, NOBÉCOURT, dis-je, dans les selles de quatre nourrissons bien portants sur huit examinés, a isolé des coli virulents à la dose de 1 cent. cube de culture en bouillon, inoculée sous la peau de cobayes de 300 gr. Ces observations ont été prises en janvier, février et mars, de telle sorte qu'on peut éliminer l'influence de la saison chaude sur l'exaltation de virulence de ces microbes.

Le même observateur a constaté, à deux reprises, dans les selles normales d'un enfant, l'existence d'une culture pure de coli, qui déterminaient en vingt-quatre heures la

mort d'un cobaye à la dose d'un  
culture en bouillon, inoculée sous  
comme criterium de l'action patho-  
présence isolée dans l'intestin à  
germes : le fait précédent annihili-  
faut n'était pas infecté et, chez l'  
virulent étaient pures.

VALAGUSSA (*Centralblatt für Ba*  
a constaté, chez des chats, que si  
degré moindre le régime carné di  
coli des selles, le régime végétal l

MM. DENYS (de Louvain) et VAN  
*médecine de Brouardel*, tome IV, p  
énormes de colibacilles en conta  
avec la maqueuse intestinale non  
s'est pas produite. Lorsqu'ils inje  
le sang ou dans les tissus à une g  
voquaient la chute de l'épithéliu  
pariétales. Pour détruire l'épithéli  
donc le prendre à revers, après p  
et non l'aborder de front.

Comment veut-on que des microbes fécaux puissent agir sur le sang ? On ne crée pas chez nous l'infection, on ne la crée pas dans la muqueuse. M. MARFAN (Cale, 10 mai 1899) ont montré que d'un animal sain ne renferme pas de microbes très abondants dans le contenu intestinal. Dans l'épithélium de la surface, il n'y a pas la lumière des glandes, il est même sans embouchure. Plusieurs heures après l'opération, vingt quatre heures après, alors que le sang est fondamentalement altéré par la cadavre, on ne trouve pas non plus de microbes dans la lumière. On trouve que dans la lumière des vaisseaux il n'y a encore le fait est-il très rare et dans le gros intestin.

Il est totalement insuffisant de virulents dans nos cavités pour co-sible. Le vibron septique, par ex- dans les cavités digestives : qu'on peu du contenu intestinal, et il s' rapide. Sommes nous empoisonn vibron septique?

On me dira que, sans infection c  
bes, il n'en est pas moins vrai que  
leurs toxines dans l'intestin et c  
D'abord, il y a assez de produits to  
propre organisme dans l'intestin  
la part trop belle aux microbes. I  
soit suffisant qu'il y ait des toxin  
qu'elles soient absorbées telles qu

(Voir NENCKI et  
1<sup>er</sup> juin 1898). Que  
le sort des toxines

tées sous la peau,  
al, introduites à  
ctum ne sont pas  
xines cholérique,  
anique). Les anti-  
st une action plus  
t injectées sous la  
tre cherchée dans  
digestifs, même  
ntérique amènent  
ue l'injection par  
ction du foie ; la  
La destruction de  
thogènes peuvent  
as l'intestin. Cette  
à l'action sur les  
es, et TENESCHI a  
e que le rôle pro-  
i du foie.

aires, on les injec-  
qui se passe, à ce  
en n'est plus sujet  
ls au point de vue  
rmine ainsi qu'un  
y a une virulence  
e dernière est la  
les défenses natu-  
é la forteresse, on  
s, mis au cœur de  
le crois volontiers,

, ont de l'indica-  
re. — Peut-on en  
lue à l'absorption  
ont passé dans le  
. Sont-ils capables  
es sujets en expé-  
e la constipation ?  
la sent diablement  
un foie malade et  
fièvre sans prédis-  
uspend momentan-  
ompagne d'hyper-  
etique, malgré la  
femmes enceintes  
pullule, et qui est  
nous croirons que  
avant leurs cou-

ches, la fièvre notable qu'elles peuvent présenter après ?  
— Décompression, absorption facilitée ? Pourquoi la fièvre  
quinze jours après ? Cet argument qui vaut contre moi,  
vaut aussi pour moi. — Infection de la paroi intestinale ?  
Cela guérit-il instantanément par un lavement ?

Les expériences produites sont excellentes, mais, faut-il  
le dire, elles ne s'appliquent point au problème qu'on  
cherche à résoudre. Elles font voir la virulence d'un  
microbe ; elles concluent sans démonstration que cette  
virulence peut s'exercer. La virulence dépend, en partie,  
de la voie de pénétration (CHARRIN. *Portes d'entrée et torines*.  
*Soc. de Biol.*, 13 juillet 1895). Le colibacille, inoculé dans le  
péritoine, entraîne l'hypothermie ; sous la peau, il amène  
l'hyperthermie (ROGER et ROUX. *Arch. méd. expér. et clin.*, 1892),  
différences dues à la porte d'entrée, dues en somme à la  
réaction phagocytaire provoquée. Que conclure de là à ce  
qui pourra se passer avec ce microbe introduit dans le  
tube digestif ? Rien du tout. Ses toxines doivent être  
profondément modifiées par la  
membrane muqueuse, — et ce qui  
tous les produits toxiques en  
toxines colibacillaires que parce  
exemple.

\*\*\*

Tout cela ne signifie pas, on le  
que ne passe à travers la paroi  
voudrait me le faire dire, mais  
Mon premier article porte que  
éminemment toxique, et toxique  
parmi lesquelles j'ai indiqué les  
Une très grande partie de tous ces  
pres expressions, est assurément  
logique. Une partie est détruite  
éliminé par les reins. Le sang est  
des poisons, mais vienne la co  
toutes lettres dans ce premier  
quantité de matières intestinal  
Voici maintenant que M. CARRIÈRE  
d'avis depuis le mois de juillet  
sa théorie. Je répète encore une  
à aucun moment, que l'intoxica-  
eu par hasard l'idée ridicule que  
feraient de la fièvre sans résorpti-  
phrase même citée par M. CARRIÈRE  
*poisons circulants soient en plus*,  
à elle seule le rôle que je donne  
tateurs de la fièvre, puisque j'en  
suffit de la quantité habituelle  
réagir des organismes débilités,  
à ces poisons intestinaux. Je n'ai  
et si on l'a cru, on s'est trompé  
M. CARRIÈRE cite une phrase

qui, dit-il, atténuerait mon opinion première. La voici : « La fatigue de l'accouchement rend certaines femmes plus sensibles à l'action des poisons de leur intestin. » Eh bien, dans le numéro du 23 juillet de l'*Ercho médical*, page 353, colonne 2, lignes 33 et 34, j'avais déjà dit : « L'accouchement ne constitue-t-il pas un choc suffisant pour rendre les femmes plus sensibles aux poisons de leur économie ? » — Voilà les deux mêmes idées exprimées en juillet et en novembre, et aux yeux de M. CARRIÈRE, cette identité démontre que j'ai changé d'opinion ! Je n'y comprends plus rien.

J'ai écrit encore : « Les matières fécales dures ne contiennent plus grand chose capable d'être absorbé ». On me réplique : un lavement qui liquéfie ces matières met en liberté leurs poisons, la fièvre s'allume ; voilà un argument des plus évidents contre vous. Le malheur est que l'on ne cite pas ma phrase entière et qu'en voici la suite : « ce que ces matières peuvent contenir de toxique, n'étant pas dissous dans une partie aqueuse qui manque, ne peut plus agir ». N'est-ce pas déclarer implicitement que si une nouvelle dissolution se produit, les corps toxiques pourront agir sur l'organisme des accouchées dont il s'agit ? J'ai d'ailleurs dit plus tard : « Tout ce qui est soluble n'a pas été dissous. » Il faut croire que je suis bien obscur : on m'objecte ce que j'ai dit, contre ce que j'ai dit.

\*\*\*

Troisième objection : Pourquoi les malades de M. DELORME n'ont-ils pas été, eux aussi, débilités après leur opération ? Tout bonnement parce qu'il y a une différence capitale entre un accouchement, souvent long et pénible, en tout cas fatigant, et une opération sous chloroforme, courte souvent, indolore et ne fatiguant pas le système nerveux. Je n'insiste pas : si une opération peut constituer un ébranlement elle n'épuise en rien l'individu ; un accouchement est toujours épuisant chez une primipare — et peut-être pour plus longtemps qu'on ne le croit.

\*\*\*

On me dit que les sujets de M. DELORME n'étaient pas normaux puisqu'ils ont été opérés pour des affections diverses ? M. CARRIÈRE entend-il par là que le fait d'être porteur d'une affection chirurgicale puisse empêcher la constipation d'entraîner la fièvre, comme elle le ferait à l'état normal ? Je ne vois guère une hernie, une fistule anale, des hémorroïdes, constituant pour leurs porteurs une immunité vis-à-vis de la fièvre de coprostase. Ce serait bien curieux. Mais que dire de la suite ?

Je ne serais pas, dit-on, autorisé à écrire que les malades de M. DELORME n'ont pas eu de fièvre. — Avant tout, il est bon de savoir que c'est M. DELORME lui-même qui le dit. Il estime que si soixante-six malades ont eu de 37 à 38°, leur température a été normale. Et pour mon compte, j'ajoute qu'il a raison et que M. CARRIÈRE n'est pas autorisé à écrire qu'au-dessus de 37°5 on admet généralement

qu'il y a fièvre. En effet, JÜRGENSEN indique comme *moyenne* de la température humaine, d'après 11.000 déterminations, 37 degrés sept dixièmes (*La température de l'homme sain*, Leipzig, 1873) et M. REDARD 37 degrés 65 centièmes. Enfin, M. MORAT (*Traité de physiologie*, tome III, 1899, p. 480) dit nettement : « La température d'un individu peut toucher en haut de l'échelle 38° et en bas 36° sans sortir des limites physiologiques. » Pour WUNDERLICH, la fièvre légère oscille entre 38° et 38°4. C'est en toutes lettres au début du manuel de LAVERAN.

JACCOUD écrit ceci : « Une température qui se maintient durant plusieurs heures entre 38° et 38°5 doit être tenue pour fébrile. Ces chiffres sont d'ailleurs les plus faibles qui soient observés dans l'état de fièvre. »

Les malades de M. DELORME n'ont même pas eu une légère fièvre. Et si l'on tient à savoir combien d'entre eux ont dépassé 38°, point n'est besoin d'imaginer qu'il y en eût cinquante. M. DELORME écrit *quelques-uns*, il écrit *exceptionnellement*. Nous voilà fixés bien suffisamment. — Quant à dire qu'il est hypothétique de déduire la température rectale de la température axillaire, en y ajoutant quatre dixièmes de degré, c'est s'élever contre un usage courant et on rencontrera bien peu d'erreurs en agissant ainsi, exception faite pour les vieillards, comme je l'ai dit précédemment. Tout cela est d'une évidence manifeste, et j'aime mieux croire que M. CARRIÈRE ferme volontairement les yeux que de supposer qu'il l'ignore.

\*\*\*

J'en viens à un reproche tout à fait immérité et que je m'étonne de trouver sous la plume de mon distingué contradicteur. L'oubli de rectification qu'il indique lui paraît de mauvais aloi. Cela me semble un bien gros mot, étant donné surtout qu'à la *Société de médecine*, je m'étais excusé d'avoir cru que ses malades étaient atteints de colite ; son article n'avait point encore paru. Je fais ici bien volontiers cette rectification : je n'ai point besoin d'employer pour ma thèse des arguments inexacts : je crois en avoir fourni d'autres. Je ne cherche pas à faire triompher une idée, coûte que coûte, qu'on le sache bien ; la discussion sur ce sujet m'a paru intéressante, mais j'ai déjà dit que je le considérais comme difficile et que je ne donnais qu'une hypothèse, à mon sens plausible. Je me trompe peut-être : quand on me le démontrera, je serai le premier à m'incliner. Jusqu'à présent, je crois que le dernier mot n'est pas dit sur cette question, ni par M. CARRIÈRE, ni par moi. Est-ce qu'il n'est pas d'une évidence manifeste (en admettant pour un instant, que la constipation puisse donner une fièvre modérée de 38°5 à 38°9) que des constipés ordinaires n'ont pas la fièvre notable et même la forte fièvre que nous cherchons à expliquer chez les nouvelles accouchées ? Je résume ici un cas de M. BUDIN qui n'a pas été cité : une femme constipée entre en travail le 1<sup>er</sup> décembre, à trois

---

uses, même  
rament aux  
découvertes  
ostiles et de  
y a pas doc-  
ifférent, qui  
eux qui pré-

mince, était constituée par des cellules sarcomateuses.

A cette occasion, nous nous demandions quelle était le pronostic de cette affection. Le malade était-il définitivement guéri ou menacé d'une récurrence à brève échéance ? Et nous émettions cette idée que ce qui réglait le pronostic était précisément cette même couche d'éléments sarcomateux que l'on observait à la périphérie.

La suite de l'observation nous a malheureusement donné raison. Nous avons revu récemment notre malade avec une récurrence considérable. Et c'est sur cette récurrence que nous voudrions donner quelques détails. Le fait a son importance, car la question du pronostic des myxomes est loin d'être réglée.

Le malade avait quitté le service de M. le professeur DUBAR, le 12 juillet 1898. Jusqu'au mois de mars 1899, il ne constata rien d'anormal. A cette époque, c'est-à-dire huit mois après l'intervention, il s'aperçut qu'une petite tumeur ayant le volume et la forme de la cicatrice, se développait au sommet de son affection, le malade laissa évoluer sa tumeur, qui prit bientôt des proportions considérables. Au mois d'octobre 1899, le malade, un peu effrayé, revint dans le service de M. le professeur DUBAR.

La tumeur que l'on aperçoit nettement sur la photographie ci-jointe a le volume d'une grosse tête de

dans son ensemble sur les parties profondes. L'articulation scapulo-humérale est libre. Pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle.

L'opération est pratiquée par M<sup>r</sup> le Professeur DUBAR, le 20 octobre. Anesthésie au chloroforme.

Incision circulaire, circonscrivant la tumeur. Les adhérences sont relativement minimes. La tumeur est restée encapsulée, et malgré son volume et son prolongement axillaire, s'enlève en somme assez facilement. Mais la difficulté apparaît surtout quand il faut recouvrir cette énorme plaie. M. DUBAR est dans l'obligation de faire une véritable autoplastie, grâce à des incisions qui se prolongent jusqu'au niveau du rachis.

Les suites opératoires furent très simples. La réunion se fit par première intention, sauf dans un point situé au voisinage de l'aisselle, un peu trop tirailé par les crins de Florence. Il s'est formé là une petite escarre d'un centimètre carré qui a retardé la guérison de quinze jours.

La tumeur a été examinée par M. le professeur agrégé CARRIÈRE. Voici le résultat de son examen :

L'examen macroscopique de la tumeur nous montre d'abord que celle-ci présente un aspect et une consistance homogènes. La surface de section présente une coloration blanche, uniforme, sans îlots distincts. A la périphérie se trouve une mince capsule grisâtre. Cette tumeur est molle sans cependant être friable. On aperçoit quelques rares orifices vasculaires.

Sur des coupes histologiques, on se rend compte aisément de l'homogénéité du tissu de cette tumeur et de l'existence d'une capsule d'enveloppe.

La structure histologique comporte deux parties à étudier.

1° Une zone périphérique ou capsulaire, et 2° une zone centrale.

1° *Zone périphérique ou capsulaire.* — Tout à fait à la périphérie on trouve une coque fibreuse de fort peu d'épaisseur, constituée par une condensation de fibres élastiques (Méthode de WEIGERT) très serrées, et se distinguant nettement sur les préparations colorées par la safranine et l'induline. Cette capsule n'est pas très adhérente et, dans un certain nombre de coupes, elle s'est détachée des parties sous-jacentes, dans le cours des manipulations.

En certains points, cependant, elle semble envoyer quelques prolongements dans l'intérieur de la tumeur, mais on ne saurait les suivre.

Au-dessous de cette capsule on trouve des cellules embryonnaires.

Ces cellules ne forment pas, à proprement parler, une couche continue au dessous de la capsule. Elles semblent se rassembler de préférence en certains points, formant ainsi des îlots qui s'enfoncent en traînées plus ou moins longues de la tumeur.

Les éléments cellulaires qui forment cette couche et ces amas, sont lâches les uns contre les autres, sans interposition de ciment cellulaire. Au niveau de certains amas volumineux, il semble même que ces cellules se disposent sous forme de tourbillons ou de faisceaux. Ces éléments paraissent de constitution variable, suivant qu'on les étudie à la périphérie ou

foetus. Elle siège sur la région scapulaire droite, débordant sur le bras et dans l'aisselle.

La peau est rouge, violacée, distendue par la tumeur, prête à s'ulcérer dans quelques points. Cependant il n'y a pas d'adhérences intimes de la peau avec la tumeur. La consistance est inégale, plusieurs points sont molles, facilement dépressibles. La tumeur est mobile

fait à la péri-  
oyau ovalaire  
es unes contre  
titués par un  
isiforme, très  
oyau qui est  
ma pâle, peu  
fusiforme; les  
s s'imbriquant  
r les cellules

nbryonnaires,  
vaisseaux sont  
roi propre. Ils  
issu ambiant.  
foyers hémor-  
llaires.

e du centre de  
caractères dif-  
rire.

ltre les autres,  
e plus en plus  
s en jaune par  
r la thionine  
ires possèdent  
r avons précé-  
oplasma fusi-  
lant, à mesure  
les figures cel-  
t, leur noyau  
eux; le proto-  
., présente des  
il donnent à la  
ilé; nous arri-

ible grossisse-  
des éléments  
inées circon-  
e formes irrè-  
élicates et de  
trouve encore  
e dimensions  
ties.

dans ces pré-  
es, ne presen-  
es, renferment  
ns énergique-  
iliformes. Les  
ec des fibrilles  
les de manière  
etits faisceaux  
grosses dimen-  
vaisseaux em-

tuent les amas  
able. Ce sont  
ndis, à proto-  
s cellulaires à  
otoplasmiques  
nent l'aspect

ve une subs-

tance qui se différencie nettement par ses caractères de coloration des éléments cellulaires qui constituent les alvéoles que nous venons de décrire (Méthode de la safranine induline). Cette substance est composée: 1° de fibrilles très déliées s'entrecroisant et s'enchevêtrant en tous sens, présentant les réactions électives du protoplasma cellulaire; 2° des granulations présentant les réactions colorantes électives de la substance muqueuse (coloration à la thionine phéniquée); 3° des amas globulaires de graisse, réfringente; 4° des éléments cellulaires constitués par un noyau ordinairement très pâle entouré d'une mince couche de protoplasma.

Enfin, on trouve dans toute cette partie de la tumeur des vaisseaux très nombreux, ordinairement sans paroi propre.

En résumé, cette tumeur est immense majoritairement par du tissu myxomateux. Mais il existe une zone périphérique où les éléments ont tous les caractères sarcomateux. Or, fait remarquable, c'est cette mince couche périphérique de vingt-cinq centimètres de diamètre, plus de un à six dixièmes de millimètre d'épaisseur, c'est cette couche, disons-nous, dont nous devons le plus nous occuper de vue du pronostic.

Cliniquement, notre tumeur se comporte comme un sarcome. Le fait s'explique, puisqu'elle est constituée par du sarcome.

Cette notion modifie considérablement la classification des tumeurs myxomateuses. Jusqu'à présent, qu'un intérêt relatif, il passe au premier plan, c'est lui qui règle le pronostic.

Ainsi s'expliquent les observations de récidive de la tumeur myxomateuse à récidive sarcomateuse.

De ces faits, nous voulons tirer quelques conclusions pratiques :

1° On devra examiner soigneusement les tumeurs myxomateuses que l'on extirpe, et faire des échantillons à la périphérie.

2° Le chirurgien se gardera d'être trop optimiste dans les tumeurs myxomateuses avant d'avoir pratiqué un examen complet. Il ne devra pas oublier que ces néoplasmes se comportent comme des sarcomes. Un optimisme exagéré est à éviter.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie de médecine.** — M. RICHET a expérimenté la suralimentation carnée chez des chiens rendus tuberculeux. Il a obtenu des survies remarquables chez ces animaux.

**Société de Chirurgie.** — Dans les cas douteux de grossesse extra-utérine, M. ROUTIER conseille d'ouvrir d'abord le cul-de-sac postérieur, quitte à pratiquer la laparotomie, si besoin est.

**Société médicale des Hôpitaux.** — M. GAUCHER a observé un cas d'intoxication mercurielle mortelle consécutive à des injections de calomel.

**Société de Biologie.** — M. BONNET a observé des troubles nerveux et un tremblement continu des membres supérieurs chez un addisonnien, à la suite d'injections d'extrait de capsules surrénales de veau.

**Société de Thérapeutique.** — M. POUCHET recommande d'incorporer le trional dans de l'huile pour l'administration de ce médicament.

## Analyses de Mémoires français & étrangers

I. — Le sucre; sa valeur alimentaire; ses rapports avec le travail musculaire, par DROUINEAU. *Gazette des hôpitaux*, 1899; pages 937-945.

Il n'y a pas bien longtemps encore qu'ARNOULD disait : le sucre est un condiment nuisible à forte dose, en raison des fermentations qu'il produit. Aujourd'hui, on dit que c'est un aliment, au même titre que le pain et la viande. Que faut-il en penser?

BERNARD a établi que les organismes animaux peuvent former du sucre comme les végétaux et que le sucre formé aux dépens du glycogène du foie est versé dans le sang d'où il ne tarde pas à disparaître.

Il admettait qu'il se détruisait dans le poumon. CHAUVEAU a montré que le sucre arrive intact dans les capillaires de la circulation générale où il est utilisé en partie par la création de la force vive, nécessaire au travail physiologique des tissus.

On avait reconnu depuis longtemps que les aliments subissent une transformation ultime en glucose et qu'il y a diminution du glycogène des muscles par le fait de leur activité. Le muscle qui travaille emprunte au sang trois fois et demie plus de sucre que le mus-

cle au repos. Le travail musculaire est fonction de la combustion de la matière sucrée.

Les matières hydrocarbonées sont particulièrement propres à fournir l'énergie nécessaire aux besoins immédiats de l'organisme. Les matières albuminoïdes et les graisses sont, au contraire, propres surtout à fournir l'énergie destinée à être mise en réserve pour les besoins futurs. — Le sucre a d'autant plus d'importance au point de vue alimentaire qu'il facilite l'assimilation des autres aliments et modère la désassimilation. En outre, son pouvoir nutritif augmente dans l'épuisement de l'organisme, car il est alors immédiatement utilisé.

La moisson de la canne à sucre dans les Indes occidentales améliore beaucoup l'état de santé des nègres; à la fin de cette moisson, ils sont tous forts et gros. — Les coupeurs de bois du Canada mangent une grande quantité de mélasse; les bateliers de Java prennent exclusivement comme nourriture des morceaux de sucre pour poursuivre leur travail de rame très pénible.

M. CAGNY a vu qu'avec un peu de sucre, un homme peut rester plus de 24 heures sans manger, tout en faisant une dépense musculaire manifeste. — Les coolies indiens consomment jusqu'à 150 gr. de sucre par jour; les Arabes se contentent comme nourriture journalière d'une poignée de dattes.

Les gens très entraînés ont un penchant spécial pour les hydrates de carbone. Les alpinistes mâchent des pruneaux secs. M. JANSSEN offre, à ceux qui visitent son observatoire du Mont-Blanc, des infusions extrêmement sucrées afin de leur donner des jambes; les cyclistes prennent des fruits sucrés, du thé sucré, et non du jus de viande.

Sur 30 centenaires, 5 font un usage excessif de sucre. — Mosso déclare que le sucre a un fort pouvoir dynamogène; des doses de 5 à 60 grammes développent dans le muscle fatigué la plus grande énergie. SCHUMBERG dit que pour atteindre un travail musculaire considérable, l'usage du sucre et même de 30 grammes seulement, est particulièrement indiqué: la meilleure forme lui paraît être le chocolat, qui est un mélange de sucre, d'albumine et de graisse.

Le sucre calme la faim et la soif: dans l'armée, les expériences ont démontré qu'il est un moyen facile de ranimer rapidement les défaillances produites par la faim, la soif, la fatigue, le coup de chaleur.

On connaît les résultats obtenus par Bossi et par



sent leurs pertes par la polyphagie ; cette polyphagie entraîne l'azoturie, qui est beaucoup moins souvent pathologique qu'on ne l'a dit.

Il est naturellement indiqué de supprimer les amy-  
lacés et le sucre de l'alimentation. De tous les hydro-  
carbonés, le plus nuisible est le sucre de raisin ; puis  
vient l'amidon (pain, farine, pâtisseries, chocolat,  
pâtes, macaroni, vermicelle, riz, maïs, lentilles, pois,  
haricots). Le sucre de canne est à supprimer, ainsi  
que le miel, les fruits séchés, pruneaux, raisins secs,  
figues. On autorisera la mie de pain, si on ne peut  
remplacer ce dernier par les préparations destinées à  
prendre sa place : on pourra lui substituer la pomme  
de terre bouillie. Toutes les variétés d'aliments albu-  
minoides sont permises, ainsi que la plupart des  
légumes.

L'emploi judicieux des graisses permet de suppri-  
mer les hydrates de carbon  
l'économie les calories néces  
on pourra faire ingérer 120  
30 grammes d'huile d'olives,  
ce soit. On se servira du lard,  
d'œufs.

L'augmentation de la viande  
proportion, produit un redou

Le vin ne vaut guère que p  
l'alcool facilite l'ingestion de  
ment sa nocivité est grand  
dose. Il ne faut pas dépasser  
plus tonique que le blanc. Il  
à proprement parler : le thé  
importance au point de vue  
seux sont à proscrire, de m  
est théoriquement à rejeter.

Le reproche le plus grave  
adipo-carné, c'est de faciliter  
drait donner aux diabétiques  
ce n'est pas seulement du su  
de l'utiliser. Le coma paraît  
rel de l'évolution de la mala  
charpente de l'économie est t  
simulation albuminoïde est n  
veux centraux traduisent les  
tion paralytique. La meille  
le coma, c'est d'empêcher le c

## VARIÉTÉS

### Une femme peut-elle être têtée par une couleuvre ?

En 1869, dit le Dr MALBOUX, alors que j'étais aide-major aux hôpitaux de la division d'Alger, je fus attaché pour assurer le service médical sur les chantiers du tunnel d'Adelia. Il y avait là environ 1.500 ouvriers français, espagnols et italiens, dont un certain nombre étaient mariés et habitaient des gourbis faits avec des branchages et de la terre glaise.

Lors d'une de mes tournées matinales sur les chantiers je fus appelé par une jeune femme que j'avais accouchée deux mois auparavant; elle me montra son enfant qui déperissait, et me dit que depuis quelques jours son lait n'était plus bon, que souvent le matin ses seins étaient complètement vides et flasques. Cela arrivait après des nuits où elle avait éprouvé un malaise inexplicable, une sorte de cauchemar consistant dans la sensation d'un poids énorme sur la poitrine, dans un refroidissement de tout le corps avec impossibilité de remuer et même de crier. Je ne sais pas combien de temps cela dura, me dit cette femme, mais même lorsque je ne sens plus le poids qui m'étouffe, je suis anéantie jusqu'au matin. « C'est comme une bête qui vient se coucher sur moi, et on dirait qu'elle me tire mon lait. »

La chose lui serait arrivée quatre fois depuis une huitaine de jours, c'est-à-dire depuis que son mari avait pris le service de nuit dans le tunnel. Ce dernier, bien que constatant l'état de fatigue de sa femme, se moquait de ses craintes.

Sans partager les idées de ma cliente, quant à la concurrence faite à son nourrisson par une des couleuvres, qui abondaient d'ailleurs dans le pays, je fus bien obligé de constater la diminution de quantité et de qualité de son lait sans y trouver une explication satisfaisante.

Deux jours après, je fus appelé en toute hâte chez cette femme, je la trouvai dans un état demi-syncopal, les membres secoués par des mouvements convulsifs, rien de grave d'ailleurs. Son mari me raconta qu'un accident ayant fait suspendre le travail dans le milieu de la nuit, il était rentré chez lui, qu'il avait trouvé sa femme comme paralysée dans son lit, et qu'en la découvrant il avait trouvé, roulée sur sa poitrine, une énorme couleuvre; il me montra, en dehors du gourbi, le reptile qu'il avait tué : je le fis ouvrir et trouvai du lait dans l'estomac.

La femme s'était ranimée après le retour de son mari, mais elle retombait en faiblesse en tordant ses membres et c'est pour cela qu'on m'avait envoyé chercher. Ce malaise se dissipa rapidement, et cette femme que j'ai pu suivre encore pendant plusieurs mois redevint l'excellente nourrice qu'elle était auparavant.

Il me semble difficile de contester la valeur de ce fait en faveur du goût des serpents pour le lait et de leur aptitude

pour la succion. On pourra dire que cette couleuvre n'a pas été surprise tétant la femme et qu'elle pouvait avoir bu ailleurs le lait trouvé dans son estomac. C'est possible, mais alors pourquoi les seins de la femme étaient-ils vides à la suite de ces visites nocturnes ?  
(Lyon méd.).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

### UNIVERSITÉ DE LILLE

L'Association des Anciens Internes des Hôpitaux de Lille a tenu sa réunion annuelle, dimanche 26 novembre, à l'Hôpital Saint-Sauveur.

Le bureau pour l'année 1900 a été ainsi constitué :

Président, M. LOOTEN. — Vice-présidents, MM. DUBAR et BOULOGNE. — Trésorier, M. LEGRAND (de La Bassée). — Secrétaire général, M. PAINBLAN. — Secrétaire adjoint, M. VANDEPUTTE.

Les jurys pour les concours de l'Internat ont été composés de la façon suivante :

Concours de Médecine : MM. CURTIS, PATOIR et BOULOGNE. — Suppléant, M. LEFÈVRE.

Concours de Chirurgie : MM. BRULANT, GAUDIER et LAMBRET. — Suppléant, M. LEGRAND (de Lille).

L'Assemblée a émis le vœu que l'Interne lauréat ait la faculté d'accomplir une année supplémentaire d'internat.

Le concours pour le prix aura lieu en juillet 1900.

Après l'assemblée, un banquet très bien servi a réuni, chez Divoir, les Anciens Internes. Inutile d'ajouter que les vieux refrains de la salle de garde, n'ont cessé de retentir jusqu'à une heure assez avancée.

### SOUTENANCES DE THÈSES

M. J.-F.-O.-R. BEAUGRAND, de Lille (Nord), a soutenu, avec succès, le vendredi 1<sup>er</sup> décembre, sa thèse de doctorat (5<sup>e</sup> série, n° 142), intitulée : **Paralysies traumatiques des muscles de l'œil (d'origine orbitaire).**

M. G.-E. BRONGNIART, d'Arras (Pas-de-Calais), a soutenu, avec succès, le vendredi 1<sup>er</sup> décembre, sa thèse de doctorat (5<sup>e</sup> série, n° 140), intitulée : **Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique de l'hypersécrétion sudorale chez les tuberculeux.**

M. J.-V. LAMOTTE, d'Athis, de l'Orne, a soutenu, avec succès, le samedi 2 décembre, sa thèse de doctorat (5<sup>e</sup> série, n° 141), intitulée : **De la conduite à tenir dans le cours d'une attaque aiguë d'appendicite.**

— Un ancien élève de l'Université de Lille, le Dr HÉNAUX, a subi avec succès, au Havre, le 3 novembre, les épreuves nécessaires à l'obtention du **diplôme de médecin sanitaire maritime**. Nos félicitations à notre jeune confrère, parti il y a quelques jours à Madagascar.

### Distinctions honorifiques

Légion d'honneur. — A été promu au grade d'officier : M. le docteur PIERRE, de Caudry (Nord), président du Conseil général de la Seine.



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : F. COMBEMALE, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

MM. Ausset, professeur agrégé des maladies des enfants ; Barrois, professeur de parasitologie à la Faculté ; Bédard, professeur agrégé de physiologie ; Calmette, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur ; Carrière, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques ; Carlier, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté ; Charmeil, professeur de clinique dermatologique et syphilitique ; Curtis, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

MM. Deléarde, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie, Dubar, professeur de clinique chirurgicale ; Folet, professeur de clinique chirurgicale ; Gaudier, professeur agrégé ; Kéraval, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières ; De Lapersonne, professeur de clinique ophtalmologique ; Looten, médecin des hôpitaux ; Manouvriez, (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine ; Moty, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce ; Oul, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements ; Surmont, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : MM. les Docteurs POTEL, chef de clinique chirurgicale, et INGELRANS.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Les abonnés pour 1900, à L'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier.

### SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX : Le traitement chirurgical de l'appendicite, par le médecin principal Moty. — Coprostate et fièvre, par le docteur G. Carrière, agrégé. — FAITS CLINIQUES : Vomissements hystériques incoercibles, par M. G. Héze. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES ; SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD : Séance du 8 décembre 1899. — VARIÉTÉS. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Du traitement chirurgical de l'appendicite

Par le médecin principal Moty,  
professeur agrégé libre du Val-de-Grâce.

L'appendicite qui a fait, il y a vingt ans à peine, son apparition dans le cadre nosologique, a passé depuis lors par bien des phases. Il y a dix ans, nous disions timidement qu'il fallait ouvrir sans hésitation les abcès abdominaux appendiculaires, mais qu'on n'était autorisé à ouvrir l'abdomen pour une appendicite non suppurée, qu'en cas de récidives multiples et, particulièrement, en cas de persistance d'un point douloureux avec noyau d'induration profond au milieu de la ligne ilio-pubienne.

Trois ans après, Roux, avec une magnifique série de 300 succès, venait déclarer au congrès de chirurgie : « que les » sujets atteints d'appendicite n'étaient tranquilles qu'une » fois leur appendice en poche » et démontrait ainsi que

l'ablation de l'appendice « à froid » n'est plus aussi grave qu'on le croyait auparavant et qu'il semble y avoir tout avantage à opérer tout malade qui le demande, même après une seule atteinte.

Telle était la position de la question quand DIEULAFOY vint déclarer à son tour à l'Académie que toute appendicite devait être opérée dès qu'elle était reconnue, le traitement médical de la maladie ne paraissant donner aucun résultat.

Cette opinion radicale devait naturellement susciter de nombreuses protestations, et, bien que ses partisans deviennent chaque jour plus nombreux, il s'en faut encore que tout ait été dit et que la question soit épuisée ; nous ignorons, en effet, quelle est la nature exacte de l'appendicite dite idiopathique ou folliculite appendiculaire, nous ignorons en outre pourquoi cette forme d'appendicite, de beaucoup la plus fréquente, entraîne une réaction péritonéale si sérieuse pour des lésions matérielles d'apparence si légères, tandis que les ulcères, bien autrement étendus et profonds de la fièvre typhoïde ou de la dysenterie, ne retentissent sur le péritoine que très exceptionnellement, et seulement, pour ainsi dire, en cas de perforation.

Bien qu'il soit facile d'invoquer diverses raisons hypothétiques pour expliquer ces différences de réactions, il faut bien convenir que la science est encore mal documentée de ce côté ; c'est pourquoi nous estimons qu'il n'est pas démontré que le traitement médical de l'appendicite soit nécessairement frappé d'impuissance dans le présent et dans l'avenir.

En outre, les opérations pratiquées, en pleine période aiguë de l'appendicite, offrent une gravité que personne ne conteste et en appliquant brutalement à l'appendicite à cette période le précepte d'intervenir sans délai, on

raient pu être

détées d'appen-  
ns graves dans  
ers immédiats  
l'appendicite  
is éloignées de  
le la répétition  
taque d'appen-  
certitude quelle

en avant et à  
modérés, mais  
vous dit assez  
que la question  
l'ordre du jour  
re aujourd'hui  
in cas d'appen-

cette question  
nt nous-même  
yons indispen-  
de poser aussi  
ns dissimuler

, de plusieurs  
s, et le chirurgien  
de conduite à  
Tel est le point  
ur répondre à

trômes suscep-  
res.  
ée.

urs vives dans  
x environs de  
nstance, selon  
ivre de près le  
s aux moyens  
te) en dilution  
ourant bismu-  
, chlorhydrate  
ade. Alors, de  
tement relevé  
uence dans les  
chiffre primi-

ion indiquée,  
te et 110 chez  
ait préférable.  
malade revenir  
e bientôt dans

l'un des cas que nous exam  
qu'un retour offensif de la ma  
l'expectation et forcer la main  
rappeler que ce qui motive l'  
vention à une date indétermin  
de cette dernière pendant la p

2° *Il y a péritonite généralisée.*

Dans ce cas opérez sans illu  
forme et en usant largement  
opérez surtout si l'état est gra  
peu près la seule chance de sa

3° *Il y a abcès manifeste.*

Opérez immédiatement.

4° *On sent un empatement pr*

Opérez encore, mais en choi

5° *L'attaque est terminée, tou  
il y a eu plusieurs attaques anté*

Opérez encore, mais en at  
même un mois, si les attaques  
ment espacées. Ce délai permet  
libérer presque complètement

6° *La résolution est complète  
atteinte.*

C'est ici le point délicat.

Les ressources de la nature  
observateurs de bonne foi se  
après des opérations d'appen  
était réellement utile ; tantôt,  
foré, mais cicatrisé et oblitéré  
corps étranger a émigré dans  
plus ou moins loin de son p  
grandes chances de passer peu  
et d'être éliminé par les selles  
*priété de s'incorporer les corps éti*  
tantôt on ne trouve absolu  
et il faut examiner à la loupe  
muqueuse de l'appendice rés  
traces d'une inflammation de  
doit alors se répondre le ch  
concerne, je me contente d'obs  
et je me déclare hors d'état  
d'ailleurs, comme la plupart  
nombre de cas qui n'ont pas é  
définitivement guéris. Mais c  
signe permettant de pronost  
heureuse terminaison, nous d  
la question et la formuler a  
intransigeants de la manière  
fréquentes et dangereuses, l'  
opérez donc toujours, l'opérat  
que les récidives.

Cette conception hardie rallie des adhérents de plus en plus nombreux et convaincus : les anciens timides deviennent audacieux et les réserves que beaucoup faisaient au début se réduisent de plus en plus malgré quelques succès retentissants. Bref, il est évident aujourd'hui que l'avenir est à l'intervention, mais à une condition, c'est qu'elle possède un procédé d'obturation hermétique, solide et simple du moignon ilio-cœcal. Tout chirurgien, sûr de son asepsie et de l'oblitération absolue du moignon, est donc fondé à proposer l'opération à tout malade atteint d'appendicite, sous la seule réserve d'un état suffisamment bon.

### PROCÉDÉS D'INTERVENTION

A. *Abcès appendiculaires.* — On sait que leur siège est variable ; on les rencontre le plus souvent au-dessus de la moitié externe du ligament de POUPART, mais ils peuvent se présenter vers l'ombilic, vers la région lombaire et même à la cuisse en passant par le canal crural ou le trou obturateur ou à la fesse en suivant le sciatique. Ils sont presque toujours limités par des adhérences fibreuses qui deviennent très solides en peu de jours du côté de l'abdomen ; la poche purulente refoule d'ailleurs en arrière et vers la gauche tous les organes voisins et peut, en conséquence, être ouverte sans aucun danger.

Si l'abcès soulève la paroi abdominale et s'il présente une fluctuation nette en dehors du trajet de l'épigastrique, je fais, au centre du cercle phlegmoneux, une injection de cocaïne au centième, puis, j'enfonce lentement un bistouri à lame étroite, dans la tumeur, et dès que le pus apparaît, j'engage une sonde cannelée à la place du bistouri, je débride assez largement, c'est-à-dire sur une étendue de deux ou trois centimètres, et je place un gros drain. Le pus de ces abcès présente une odeur infecte ; je crois donc utile de ne pas compliquer l'intervention par de longues recherches.

Si on ne trouve qu'un empatement profond dans la fosse iliaque, une large incision est nécessaire, elle doit être placée à deux travers de doigt, tout au plus, au-dessus du ligament de POUPART et respecter le péritoine ; on récline cette membrane en dedans, et l'on arrive sur une masse dure, quelquefois ligneuse, à laquelle péritoine et muscles adhèrent solidement ; cette masse est recouverte d'une couche fibreuse, quelquefois très épaisse, et donnant l'impression d'une lame de cuir ; on la traverse avec précaution avec le bec de la sonde cannelée, en l'attaquant par son milieu, et dès que le pus apparaît, on élargit la déchirure ; on engage les index dans l'orifice obtenu et on le débride autant qu'il est nécessaire sans la moindre hémorrhagie.

Une question se présente alors comme dans le cas précédent, faut-il rechercher l'appendice ? oui, certainement, il faut explorer le foyer par la vue et le toucher

après l'avoir abstergé, et cueillir l'appendice s'il se présente, mais c'est tout. Il est, à notre avis, absolument contre-indiqué de s'engager, sans guide certain, dans la paroi fongueuse de l'abcès ; car le résultat le plus clair de cette manœuvre est une perte de temps stérile et l'on risque, en outre, d'ouvrir malencontreusement la cavité péritonéale si l'on s'obstine trop dans ses recherches. Le mieux est donc de procéder comme il suit :

Cocaïnisation avec la solution au centième ; incision de la paroi ; ouverture de la cavité de l'abcès et lavage de ses parois avec une solution antiseptique chaude ou abstersion avec des tampons montés, plongés dans l'eau bouillante et enfin mise en place d'un gros drain.

Il va de soi que la réunion ne doit pas se faire pour les abcès affleurant la paroi et qui n'ont été débridés que sur une petite étendue en vue d'éviter les interventions consécutives. Ce débridement de deux ou trois centimètres m'a toujours paru suffisant pour l'écoulement du pus et sans danger pour la solidité de la paroi. En cas d'abcès profond, il sera bon de faire une réunion partielle si l'on a dû pratiquer une grande incision, mais il faut savoir que la suture court grand risque de ne pas tenir si l'abcès est très septique ; on agira donc suivant les circonstances en se réservant, au besoin, le secours d'une suture secondaire.

Si l'appendice se présentait, on procéderait comme nous l'indiquerons plus loin. Ces cas d'abcès appendiculaires constituent l'une des formes les moins graves de l'appendicite suppurée quand ils n'ont pas fusé trop loin, car ils se terminent le plus souvent par guérison sans nouvelle intervention, même quand l'appendice est resté en place et si des récidives surviennent, le pus reprend le chemin qui lui a été tracé par la première incision et la vie du malade est moins en danger qu'à la première atteinte. On voit qu'ici l'intervention est réduite au maximum de simplicité ; nous allons examiner les autres cas d'intervention dans l'ordre des complications qu'ils présentent.

### APPENDICITE RÉSOLUE

A cette période, l'appendicite ne se révèle souvent que par les commémoratifs et une douleur à la pression signalée par le malade en un point variable du flanc droit ; si la résolution est complète, le chirurgien ne rencontre absolument rien sous ses doigts explorateurs et le malade lui-même accuse très peu de douleur. Les ablations d'appendice faites dans cette période réussissent presque toujours et doivent même, pour ainsi dire, toujours réussir ; c'est à cette condition seulement que le précepte d'opérer dès la première atteinte finira par triompher. Voici, en quelques mots, le procédé qui nous a paru le plus avantageux.

1° Antisepsie cutanée, cocaïnisation ou chloroformisation suivant les malades et suivant le plus ou moins de probabilités d'appendicite libre, incision de huit à dix centimètres

de fibrineuses lâches qui recouvrent le cœcum, on récline  
 es l'épiploon en haut quand il se présente et l'on va droit au  
 e: point induré. C'est alors que commencent les difficultés  
 se car l'appendice semble avoir disparu ; si l'épiploon adhère  
 ié- en ce point, on commence par réséquer, après ligature,  
 ne toute la partie adhérente que l'on détache ensuite avec  
 ti- précaution en plaçant des compresses stériles autour  
 ne d'elle en prévision d'une irruption de pus ou de matiè-  
 ur res intestinales, et quand on a  
 pas section cœcale de l'appendice ;  
 sonde ou le doigt au-dessous de c  
 ; je grand pas et l'on peut procéder à  
 en indiquée plus haut, en surveillan  
 fin la pince et sectionner ensuite  
 usi ensuite les adhérences qui retie  
 ent déchirant ou en les sectionnant  
 je sont trop résistantes et en plaça  
 ise, seaux qui donnent ; si l'appendi  
 va- faut pas perdre de vue que l'  
 eau iliaques, aussi, le doigt vaut-il n  
 rois pour agir dans la profondeur.

Quand on ne réussit pas à isol  
 il est à prévoir que l'organe est r  
 fin, il n'y a d'ailleurs qu'à se porte  
 , je pour arriver, avec un peu de p  
 ors recherche, dans cette position p  
 tre; serve ordinairement aucun rap  
 ces- difficulté réside uniquement dan  
 nir néopéritonéales qui le recouvre.

Il importe de n'exercer auci  
 au recherché, tant qu'on n'est pa  
 une d'une fusée de pus ; il faut en c  
 eau. grand soin l'hémostase au moye  
 ligatures, car l'opération n'est  
 dice lorsque le champ opératoire est

Une fois l'appendice enlevé  
 irvu j'ébouillante avec ménagement  
 mol ferme la paroi comme il a ét  
 laissant un gros drain en rap  
 pendant quatre à huit jours,  
 tion suppuration, qui est habituell  
 qui durée. La soie et le fil ordinair  
 ions que le catgut, il suffit que le li  
 dent permettre une oblitération co  
 oins l'appendice, oblitération facilit  
 sep- ment préalable.

#### APPENDICITE A

D'après ce qui est dit plus  
 récé- l'intervention comme urgente  
 péri- que dans certains cas détermin  
 nces le malade, la marche progres

accélération du pouls, et enfin l'état, grave d'emblée, ne permettant pas d'escompter une réaction favorable. J'ajoute que je crois du devoir du chirurgien d'opérer cette dernière catégorie de cas, quelque faibles que soient les chances de succès, car si rares que doivent être les guérisons, la presque totalité d'entre elles constitueront des existences sauvées.

L'opération en elle-même, quant aux points qui peuvent être réglés, ne diffère pas de ce qu'elle est dans l'appendicite chronique prise « à froid », mais deux précautions me paraissent importantes.

1° Commencer immédiatement une injection de sérum dans le flanc gauche avant d'entreprendre l'opération.

2° Ne pas employer le chloroforme. Il importe, en effet, avant tout, de relever l'état du malade et de ne pas aggraver par les hypnotiques le collapsus et l'état nauséux déjà très accusés chez lui; de plus, s'il s'agit d'une première atteinte, la recherche de l'appendice n'offre pas de difficultés et l'on n'a pas à craindre de contaminer le péritoine déjà infecté; l'opération peut donc se terminer rapidement, surtout si la réunion est ajournée quelques heures ou quelques jours suivant les lésions constatées; c'est là d'ailleurs un point dont le chirurgien doit décider sur la table d'opérations.

Une dernière question se pose; doit-on laver le péritoine enflammé? En ce qui me concerne, je n'ai eu qu'à me louer d'avoir inondé largement d'eau boricuée à  $+40^{\circ}$ , un péritoine contaminé par l'éclatement d'un intestin; la péritonite s'arrêta net; mais il faut remarquer qu'elle avait été prise tout à fait à son début; il n'en serait pas de même en cas d'épanchement péritonéal abondant, résultat d'une infection plus profonde. On peut donc régler sa conduite sur l'état du péritoine, mais je reste convaincu qu'une abstersion du foyer périappendiculaire avec des tampons d'eau très chaude ne peut être que favorable à la marche ultérieure de la péritonite et au relèvement immédiat du malade.

Le pansement ne m'arrêtera pas longtemps; nous saupoudrons la peau de sous-nitrate ou de salicylate de bismuth, autour de la plaie opératoire, surtout si la réunion n'a pas été faite; nous pansons à la gaze au sublimé chaude et sèche, recouverte d'un tampon de ouate hydrophile plus ou moins épais et nous maintenons le tout par un bandage de corps renforcé d'un spica de l'aîne avec une bande en toile solide.

Le régime et le traitement des opérés d'appendicite sont d'ordre plus médical que chirurgical, mais comme il n'est pas permis au chirurgien de se récuser quand il s'agit d'assurer les résultats de son intervention, nous dirons quelques mots à ce sujet: la diète d'aliments solides s'impose le premier jour; dans la suite, l'alimentation se règle sur l'état du malade. Si le collapsus est profond les injections de sérum artificiel cellulaires ou veineuses sont indiquées

jusqu'à relèvement du pouls; à l'intérieur, nous restons, pour les deux premiers jours, partisan de l'opium qui assure aux malades un calme bienfaisant dont il n'y a pas de raison de leur refuser le bénéfice; s'il vient de la constipation, on administre un lavement laxatif au quatrième ou sixième jour. La purgation hâtive ne nous paraît avoir d'intérêt que parce qu'elle rompt audacieusement en visière avec les vieux préjugés, la pratique de ceux qui l'ont adoptée montre que l'on peut sans danger purger immédiatement bon nombre d'opérés d'appendicite, mais elle ne démontre ni que la purgation soit nécessaire, ni qu'elle soit toujours sans inconvénients; il est donc sage de s'en tenir au vieux proverbe: « Dans le doute, abstiens-toi, » et de laisser faire la nature tant qu'on n'est pas forcé d'agir autrement.

Nous avons résumé dans ce court travail les résultats de notre expérience personnelle et nous ne saurions les résumer davantage; bornons-nous donc à conclure que tout n'est pas dit en ce qui concerne l'histoire de l'appendicite, que les interventionnistes intransigeants gagnent tous les jours du terrain mais que leur conduite ne pourrait être érigée en règle que dans les services hospitaliers; dans la pratique courante, les médecins chargés de diriger le traitement doivent mettre en balance la marche du cas en observation et la possibilité de réaliser une intervention plus ou moins prochaine avec plus ou moins de garanties de succès et ne pas perdre de vue les difficultés qu'offre parfois le diagnostic. En un mot, l'intervention n'est pas grave par elle-même quand elle est faite à propos par un chirurgien exercé et par un bon procédé, mais ce serait une faute que de s'adresser aveuglément à elle sans avoir analysé d'abord au point de vue du cas particulier les indications d'une opération qui a donné et qui donnera certainement encore une proportion d'insuccès notable en raison même du terrain septique sur lequel manœuvrera toujours le chirurgien dans les formes aiguës de la maladie.

### Coprostase et Fièvre

par le Docteur G. Carrière, agrégé,

Chef du laboratoire des cliniques.

Le nouvel article de M. INGELRANS renfermant quelques arguments à combattre, je me vois obligé d'importuner les lecteurs de l'*Echo* de cette question si... palpitante. Je serai aussi bref que possible.

Dans son ensemble l'article de M. INGELRANS ne renferme aucun fait nouveau, mais nombre d'arguments peu précis et vagues, surtout pris à côté du sujet qui nous occupe, voire même quelques inexactitudes.



ie ses 13 chefs

l y avait pullu-  
r, dit M. INGEL-  
ce compte je  
s qu'il faudrait  
expérimentale-

la suite de la  
y a longtemps  
arfois virulent  
pas cru qu'il  
une bibliogra-  
elle rapportée

e le coli-bacille  
mentale, l'était  
mme constipé il

pas avoir très  
ériences.

t sur les expé-  
lles de MARFAN  
énètre pas la  
t les animaux

Les sujets ou  
és, et précisé-  
viens de m'en  
-bacille dans la

l suffisait d'une  
: permettre ce

rs, nous avons  
presque tous  
uqueuse intesti-  
is l'influence de  
2.

clure de l'exis-  
stin, à l'absorp-  
ue, hôte habi-  
nit pas l'intoxi-  
e raisonner. Si  
rulent existent  
: sommes pas  
régulièrement  
nt lorsque les

produits ne s'écoulent pas au dehors : dans ces conditions l'absorption intestinale est possible.

5° Mon contradicteur, admettant ensuite cette hypertoxicité *torinienne*, veut se baser pour la réfuter sur mes récents travaux à propos de l'action des ferments digestifs sur les toxines. Je le soupçonne de ne pas avoir analysé ce travail en détail, car il y aurait lu :

a) Que ce sont les ferments de la partie supérieure du tube digestif qui détruisent (pepsine, pancréatine). L'intestin est presque nul.

b) Que ces ferments n'agissent sur tous les poisons : ils décomposent les autres.

Enfin je pourrais lui reprocher cette destruction des ferments digestifs dans les expériences du tractus gastro-intestinal : l'intoxication ne s'en est pas suivie.

Enfin si ces moyens d'entretien de l'intestin normal, suffisent-ils ?

Donc l'intoxication *torinienne* n'est pas tout, je l'ai dit. De l'intoxication intestinale par les levures, etc.

6° L'indicanurie et l'hypertoxémie. M. INGELRANS rêveur : il ne suit pas la logique. Nous ne l'avons jamais fait. Les conseils de M. OUI, je les ai suivis et expérimentalement. J'ai essayé de la prouver.

Mes malades, à part quelques-uns, n'avaient aucun signe d'intoxication.

D'autre part, soit dit en passant, l'indicanurie n'est pas toujours de l'intestin (SALKOWSKI), c'est un trouble de la sance hépatique. L'indicanurie prouve donc qu'il y a une fermentation intestinale et une fermentation considérable de l'alcoolique des matières fermentées. Il semble aussi démontré que l'indicanurie est le facteur essentiel de l'intoxication.

7° M. INGELRANS cherche à prouver que dans sa pensée, dès son début, était le facteur essentiel de l'intoxication.

mais il faut avouer qu'en ce cas, il faut savoir lire entre les lignes de ce qu'écrit mon contradicteur, et si, comme il le dit, cette idée était « implicitement » contenue dans son premier article, il faut avouer qu'implicitement on peut dire bien des choses : cette méthode n'a rien de la précision qu'implique toute méthode vraiment scientifique.

Sa première opinion était la suivante :

*« Ce n'est pas que les poisons circulants soient en plus grande quantité, c'est que l'organisme y est plus sensible. »*

J'ai traduit : il n'y a pas hypertoxicité des milieux de l'organisme, il n'y a pas intoxication, il n'y a que susceptibilité réactionnelle plus grande.

Plus loin il écrit :

*« Les enfants constipés ont parfois de la fièvre... Est-ce le fait de poisons intestinaux plus nocifs ? Non, c'est que les enfants sont plus sensibles aux causes pyréto-gènes ».*

*« Le terrain domine tout »,* écrit-il plus loin encore.

Toutes ces citations prouvent l'importance qu'attribuait M. INGELRANS à l'intoxication dans la genèse des accidents hyperthermiques !

Si maintenant il écrit : « L'intoxication est le facteur essentiel de la fièvre », c'est évidemment qu'il a changé d'avis, c'est ce que j'ai précédemment démontré.

J'ai insisté précédemment sur l'idée première de mon contradicteur, je l'ai cité textuellement ; on jugera.

8° Comparant la longue durée d'un accouchement à la rapidité d'une opération, M. INGELRANS y voit la raison de la non existence de la fièvre chez les opérés de M. DELORME : leur système nerveux n'a pas été débilité. Pourquoi dès lors la fièvre se produit-elle chez les constipés opérés de tumeurs abdominales qui se trouvent dans les mêmes conditions de compression abdominale que les femmes enceintes ?

9° M. INGELRANS nous dit, en se basant sur de nombreux auteurs et manuels, que la fièvre commence à 38° ; et nous donne des températures normales journalières moyennes.

Je lui répondrai par des statistiques aussi importantes que les siennes :

W. BARENSPRUNG dit que la température normale va de 36°31 à 37°48 ; J. DAVY, de 36°44 à 37°17 ; HALLMANN, de 36°63 à 37°36 ; WUNDERLICH, 36°50 à 37°25 ;

GIERSE, de 36°81 à 37°50 ; LIEBERMESTER, de 36°89 à 37°25 ; JAGER, de 36°7 à 37°5.

Pour tous ces auteurs, pour KREHL, pour LIEBERMESTER, SENATOR, HIRTZ, VIERORDT et UNVERRICHT il y a hyperthermie à partir de 37°6 ; c'est ce que j'ai dit.

10° Ce n'est qu'exceptionnellement, dit M. INGELRANS, que les malades de M. DELORME ont eu de la fièvre par constipation.

C'est exceptionnellement aussi qu'on l'observe chez les accouchées et chez les constipés.

11° Je n'ai nullement eu l'intention de dire que les hernies ou les hémorroïdes étaient des antagonistes de la fièvre. M. INGELRANS me croit d'une simplicité d'esprit vraiment remarquable. Ce que j'ai dit, c'est que ces malades, atteints d'affections diverses, ne pourraient se comparer à des sujets normaux, à des accouchées.

12° M. INGELRANS tient à comparer la température axillaire des malades de M. OUI et la température rectale des miens. Je le veux bien, mais je lui répète qu'il ne peut le faire scientifiquement par une déduction admise, mais qui est souvent entachée d'erreur. La température moyenne de l'aisselle étant de 36°87, celle du rectum est en moyenne de 37°5. Il y a donc une différence de 8/10<sup>es</sup> et non de 4/10<sup>es</sup> de degré, comme le dit mon contradicteur.

13° M. INGELRANS ne veut pas admettre que des sujets normaux, constipés, puissent avoir de la fièvre. Je ne puis l'y obliger. J'ai apporté mes observations et j'ai dit :

*Les sujets normaux, comme les accouchées et les opérées de tumeurs abdominales, peuvent présenter quelquefois des observations thermiques dues à la coprostase.*

Sans doute je n'ai jamais eu 40° comme M. BUDIN. Cette observation me semble seulement confirmer ce que j'ai démontré expérimentalement sur le rôle du traumatisme dans l'absorption des poisons intestinaux.

J'en ai fini avec cette critique des treize arguments de M. INGELRANS ; on voit ce qu'il en reste. Je n'abuserai plus de la patience des lecteurs avant d'avoir accumulé des matériaux cliniques et expérimentaux nouveaux. Sans eux la lutte resterait stérile.

J'en ai déjà apporté quelques-uns.

M. INGELRANS trouve ma méthode sujette à caution. Je la crois plus exacte et plus scientifique surtout, (un peu plus difficile) il est vrai que celle qui consiste à glaner des hypothèses dans le champ si étendu de la

hélas ! que  
eront, en se  
ne nouvelle  
et confirmer  
e je ne me  
teur : ce ne  
nous aura  
ceux qu'il

IS

# S<sup>T</sup>-SAUVEUR

ns. — Lapa-  
ons vermi-  
son.  
e.

nt-Sauveur,  
(salle Saint-  
Marie F...,  
ille, amenée  
recibles. Ces  
ux mois et,  
e en vain à  
En désespoir  
d'hôpital.  
us apprend  
d'être heu-  
, ni injures  
s'en donne  
ventre sont  
certificat qui

lent hérédi-  
erveux ; son  
lsions. Tou-  
enfant et n'a

et pas dilaté.  
tend. Pour-  
déprimer la  
u. L'utérus,  
-de-sac sont  
ne sont pas

ires, jamais  
vomit tous  
endant, son  
aux vomis-  
tite enquête

nous apprend que Marie F ... a un caractère très bizarre ; elle pleure facilement et rit de même ; elle se met aisément dans de grandes colères qui se terminent toujours par une crise de larmes. Elle n'a jamais présenté ni convulsions dans l'enfance, ni crises nerveuses dans l'âge adulte. Brune aux yeux brillants et langoureux, sa physionomie reflète un état d'anxiété considérable peu en rapport avec ses souffrances puisqu'elle vomit sans aucun effort. Elle vous parle comme une femme qui va bientôt mourir et ne cesse d'interroger sur son état toutes les personnes qui l'approchent.

Le clou hystérique n'existe pas. Il n'y a ni rétrécissement du champ visuel ni dyschromatopsie, mais le réflexe cornéen existe à peine. Le réflexe pharyngien est complètement aboli. Si l'on recherche ensuite les zones hystérogènes, on trouve les points sus et sous-mammaires douloureux, surtout du côté gauche ; de même pour les points sus et sous-scapulaires. Le long de la colonne vertébrale existe de la douleur au niveau des apophyses épineuses de la quatrième vertèbre dorsale et de la première vertèbre lombaire. Un peu d'ovaralgie.

Pour supprimer ces vomissements, on essaie la suggestion à l'état de veille et la suggestion thérapeutique : collodion en ceinture, glace en permanence sur le ventre, pilules de bleu de méthylène, etc., etc. Aucune amélioration ne se produit : les vomissements, toujours biliaires, cessent pendant deux jours pour reparaitre ensuite avec la même intensité.

La malade se plaint de plus en plus, demande pourquoi on ne l'opère pas. « On la laisse souffrir alors qu'une opération pourrait la guérir. » Devant l'insuccès des moyens médicaux, on se décide à pratiquer une laparotomie exploratrice qui tranchera la question de savoir s'il y a ou non lésion matérielle et qui, dans le cas probable où on ne trouverait rien, permettra de persuader à la malade qu'on a enlevé ce qui la faisait vomir. Ce sera une suggestion opératoire.

Le 15 juin, la malade ayant pris un bain l'avant-veille et étant purgée la veille, d'opération. On donne le chlo nettoyage minutieux du champ à la brosse, alcool, éther, sublin ombilicale de dix centimètres quée. Une fois le péritoine ouve gien explore rapidement l'utérus est normal. Puis on déroule r au duodénum, l'intestin grêle, doigts sans le sortir du ventre, s'assurer qu'il n'y a pas d'obsta Alors se produit sous nos yeux u de temps en temps, dans la por prise entre les doigts du chi forte contraction des fibres c au tube intestinal l'aspect et le ayant la grosseur d'un fort porte minute, cette contracture cesse ses dimensions normales peu à onde qui se propage. Quelques le même phénomène se reprodu revue, l'estomac exploré par le

cune lésion se révèle, le ventre est refermé par une suture des trois plans au fil d'argent. Quelques sutures cutanées au crin de Florence sont faites dans l'intervalle des premières sutures. Pansement iodoformé.

Le lendemain, à la visite, M. FOLET affirme à la malade qu'elle ne vomira plus, l'opération de la veille ayant levé l'obstacle.

Trois jours plus tard, cette femme a encore deux ou trois vomissements biliaires. La malade est inquiète, pense qu'elle n'est pas guérie ; mais on parvient à la rassurer et à lui persuader que tout est bien fini.

Dix jours après l'intervention, on enlève les fils d'argent et les crins de Florence. La réunion s'est faite par première intention. Les vomissements n'ont plus reparu.

Malheureusement la malade est couchée depuis trois mois et l'on s'est aperçu de la formation d'une eschare lombo-sacrée de la grandeur d'une pièce de cinq francs qui prend rapidement une profondeur de deux centimètres. De grandes irrigations à la liqueur de Van Swieten et des pansements antiseptiques permettent à la malade de sortir guérie le 20 août.

Cette observation s'ajoute à beaucoup d'autres pour prouver que quelquefois, quand la plupart des moyens habituellement mis en usage ont échoué, il ne faut pas craindre d'employer la suggestion opératoire pour frapper l'imagination des hystériques et les guérir de tous leurs maux. Dans le cas où aucun doute n'existerait sur la non-existence d'une lésion matérielle on devrait se borner à une simple incision cutanée. Quoiqu'une laparotomie, aseptiquement pratiquée, soit peu grave, il est inutile d'ouvrir le ventre sans motif sérieux. Mais dans le cas présent, l'on tenait à compléter le diagnostic. Et qui sait si la mise à l'air de l'intestin, si les légers tiraillements produits par le déroulement intestinal sur les nerfs du plexus solaire n'ont pas contribué à modifier le fonctionnement de ce plexus, en agissant à la façon d'une sorte d'élongation.

L'intérêt spécial de ce cas réside aussi dans la constatation optique du spasme vermiculaire intense et passager des muscles circulaires de l'intestin. HEIDENHAIN a rapporté plusieurs observations où un rétrécissement par contracture d'un segment intestinal, rétrécissement constaté par la laparotomie, avait provoqué des phénomènes d'occlusion. Mais dans notre observation ce sont des rétrécissements spasmodiques intermittents qui ont été observés, de véritables contractures antipéristaltiques, exagérées par l'état nerveux de la malade, provoquées pendant l'opération par le simple contact des doigts du chirurgien, et qui devaient se produire spontanément sous l'influence

d'excitations névropathiques du plexus solaire. Cet *Entérisme*, analogue à l'*œsophagisme*, il était facile et rationnel d'en admettre théoriquement l'existence ; mais nous ne croyons pas qu'on l'ait jusqu'ici constaté et décrit *de visu*.

C'est vraisemblablement à ces spasmes antipéristaltiques qu'étaient dus les vomissements si fréquents observés chez cette malade ; l'acte opératoire semble les avoir fait disparaître. La guérison sera-elle absolument définitive ? *that is the question*.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Académie de médecine.** — M. GAUTIER a observé la présence de l'arsenic chez les animaux et chez l'homme à l'état normal. L'arsenic se localise dans la thyroïde, le cerveau et la peau. Les autres organes n'en contiennent pas.

**Société de Chirurgie.** — M. KIRMISSON préconise la méthode conservatrice même dans les coxalgies suppurées chez les enfants. Il vaut mieux rechercher l'ankylose que la mobilité. Une articulation fixe est plus utile qu'une articulation ballante.

**Société médicale des Hôpitaux.** — M. RENON a observé un cas de bronchite membraneuse chronique aspergillaire primitive.

**Société de Biologie.** — M. MANQUAT a étudié les conditions d'élimination des sels de quinine à doses thérapeutiques.

\* \* \*

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 8 Décembre 1899

Présidence de M. CARLIER, président.

### Prolapsus complet irréductible du rectum

M. Carlier présente un volumineux prolapsus complet du rectum, qu'il a enlevé avec succès en septembre 1899, chez un homme de 44 ans. La tumeur mesurait 35 centimètres de circonférence et 14 centimètres de longueur. Le dévidement de la tumeur par la voie abdominale, suivant le procédé de JEANNEL, n'ayant rien donné, M. CARLIER eut recours à l'exérèse par le bistouri, suivant le méthode de MICKULICZ. Il n'y avait pas d'anse intestinale dans le diverticule péritonéal qui séparait en avant le cylindre intestinal externe, d'avec le cylindre interne ; l'opération fut

la séreuse  
mble, pour  
fut moins  
itiés posté-  
la présence  
très vascu-  
meure, ce  
iture mucos-  
simples, la  
s.

éré, qui a  
raff solide-

olumineux  
mande de  
ICKULICZ.

la clavicule  
vations de  
a première  
nde, traitée  
areil plâtré  
de la sup-  
troisième,  
ar l'arthro-  
servations,  
les points

n acromio-  
elle-même  
donne de  
nsécutive-  
e tous les  
ict les sur-  
lavicule ne  
mettant le  
une réduc-  
paule étant  
l'action des  
i l'on veut  
pratiquer  
rforant les  
ce des ex-  
l extrême-

ion incom-  
s que pour  
la suture;

b) en cas de luxation complète, par contre, le massage est contre indiqué et le traitement consiste dans l'arthrodèse et la suture.

#### Contagion directe de la fièvre typhoïde.

**M. Combemale** rapporte deux cas de contagion directe de la fièvre typhoïde; constatés en dehors du milieu nosocomial et survenus chez des personnes prenant toutes les précautions d'antisepsie pour éviter la contamination.

La malade était soignée par son mari, son frère, son beau-frère et sa belle-sœur; et très fatigante. Un mois après le beau-frère et la belle-sœur mes prémonitoires de l'affection se déclarait, légère chez le mari. Le séro-diagnostic positif chez l'homme, symptômes de la dothiémie.

**M. COMBEMALE** est convaincu de la transmission de deux cas de contagion immédiate; en effet, les malades ne s'occupaient que de l'eau et des soins antiseptiques très sérieux; pourtant, que leurs vêtements ou leurs mains insuffisamment lavés avec un liquide antiseptique, furent en contact avec les malades.

**M. COMBEMALE** fait remarquer que la contagion a atteint les plus débilisés et qu'il faut voir là aussi un fait qui rappelle les observations de GUINON, de NETTER, etc. à propos de la fièvre typhoïde.

**M. Deléarde** a constaté que la contagion n'est pas toujours aussi précoce; il a constaté une fois qu'au contraire il ne devenait positif que vers le septième jour de la maladie.

Il est convaincu que dans tous les cas il faut toujours incriminer l'eau et qu'elle existe parfois.

**M. Ausset** fait constater que dans les hôpitaux, les infirmiers, les soins de propreté, sont faciles à pratiquer; dans ces cas il faut bien se méfier de la contagion directe par suite d'ingestion; arrive toutefois que, malgré toutes les précautions minutieuses, la contagion arrive par le transport du bacille par l'intermédiaire d'un objet contaminé.

cite à ce sujet l'observation d'un médecin des hôpitaux qui contracta la dothiéntérie en auscultant des enfants faisant la fièvre typhoïde.

**M. Le Fort** rapporte à l'appui de la contagion directe son auto-observation : il contracta la dothiéntérie en 1889 à la suite d'autopsies quotidiennes de typhoïdiques, à la suite desquelles ses ablutions n'étaient pas suffisantes.

**M. Vanverts** cite le cas d'une jeune femme, partageant le lit de son mari au début de la fièvre typhoïde que faisait celui-ci, le soignant ensuite de près, et succombant elle-même à la contagion.

**M. Noquet**, qui a observé dans les milieux militaires, avant que l'agent du contagé ne fût connu, n'a pas souvenir de contagion fréquente parmi les infirmiers, mais il se souvient que ARNOULD, en 1884, souleva cette question devant la Société de médecine.

**M. Ingelrans** ne pense pas que la contagion directe soit bien fréquente, tandis que l'eau peut être très souvent incriminée.

**M. Combemale** se félicite d'avoir soulevé cette discussion, puisqu'il voit combien la théorie de la contamination hydrique perd du terrain ; à son sens, la contagion directe de la fièvre typhoïde a plus d'importance dans les milieux sociaux : hôpitaux, hôpitaux militaires, agglomérations urbaines, qu'on ne l'a dit et soutenu.

## VARIÉTÉS

### Ça n'est pas encore ça.

Vous vous souvenez, sans doute, du fameux professeur de la Faculté de Vienne, qui prétendait pouvoir déterminer à l'avance, par un procédé d'alimentation spécial, le sexe des enfants à naître. Ce grand maître vient de faire une brioche !

Il paraît que la Czarine, sitôt qu'elle se sut enceinte, l'avait fait consulter ; l'auguste épouse de Nicolas II désirait fortement avoir un garçon.

Le professeur SCHENK prescrivit aussitôt un régime sévère, celui de la parturition mâle selon son codex. Et la Czarine suivit le dit régime religieusement, sans en oublier un seul iota, mangeant et buvant ce qu'il fallait, comme et quand il le fallait.

Résultat : Elle accoucha d'une fille.

(*Presse med. belge*).

## NOUVELLES & INFORMATIONS

**Commission parlementaire d'hygiène publique.** — Sur la proposition de M. DUBOIS et d'un certain nombre de ses collègues, la Chambre des députés, dans l'une de ses dernières séances, a décidé la création d'une grande com-

mission de trentier la question

### UNI

— Dans sa séance de l'Université de décembre au 6 janvier les Facultés.

— La Commission a prélevé sur le somme de huit distingué secrét. Nous adressons toutes nos félicitations du genre seurs ; la consécration à ce travail sur l'auteur.

— Le bureau 1900 est ainsi composé : Vice-président M. le professeur LAMBERT. T

M. J.-S. DEBIEUX, 1<sup>re</sup> classe, professeur, a soutenu thèse de doctorat vital.

— M. Etienne a soutenu, avec doctorat (3<sup>e</sup> série) chements en Belgique et la héc

— Nous relevons le corps de sanctoriale, les non qui suivent : s major de 2<sup>e</sup> classe à Aubry (Nord) Coudekerque Br qui ont subi avant nommés, des anciens élèves HEDDEGHEM.

— Terminant Paris, Bruxelles rateur le professeur médical nombreux sous les auspices M. STAES BRAM sanitaire, une traitement et

A l'occasion est allée porter M. CALMETTE a fait bactériologique stance à son traitement de la plus particulière parole autorisé



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Ausset**, professeur agrégé des maladies des enfants; **Barrois**, professeur de parasitologie à la Faculté; **Bédard**, professeur agrégé de physiologie; **Calmette**, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; **Carrière**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Carlier**, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphigraphique; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs POTEL**, chef de clinique chirurgicale, et **INGELRANS**.

**MM. Deléarde**, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale; **Gaudier**, professeur agrégé; **Kéaval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique; **Looten**, médecin des hôpitaux; **Manouvriez**, (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; **Oui**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; **Surmont**, professeur d'hygiène.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.), 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

Les abonnés pour 1900, à l'ÉCHO MÉDICAL DU NORD, recevront gratuitement, à dater de leur abonnement, tous les numéros à paraître jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier.

### SOMMAIRE :

**TRAVAUX ORIGINAUX :** Deux cas de contagion directe de la fièvre typhoïde, par le professeur Combemale. — Nouveaux cas de péritonite chronique tuberculeuse traitée avec succès par les rayons X, par les docteurs **E. Ausset** et **Bédard**. — Absès du cerveau d'origine probablement traumatique, par le docteur **Lambret**. — Un cas d'empoisonnement par la créosote, par le docteur de **Lauwereyns de Roosendaële**. — BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — ANALYSES DE MÉMOIRES FRANÇAIS ET ÉTRANGERS. — VARIÉTÉS ET ANECDOTES. — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — BIBLIOGRAPHIE. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Deux cas de contagion directe de la fièvre typhoïde (1) par le professeur Combemale

Dans les premiers jours d'octobre je voyais, en consultation avec l'un de nos plus estimés confrères de Lille, une jeune femme qui faisait une fièvre typhoïde grave : une céphalée atroce avec constipation durant le premier septenaire avait fait d'abord hésiter le diagnostic ; l'hyperthermie et le dicrotisme du pouls, sans dissociation de la fièvre, joints à quelques taches rosées, permirent cependant d'affirmer qu'il s'agissait d'une dothiéntérie ; l'évolution ultérieure de la maladie le prouva du reste : langue rôtie, légère congestion des bases du poumon par faiblesse cardiaque, diarrhée ocreuse, adynamie intense, vinrent compléter le tableau de la fièvre typhoïde, dont la malade commença à peine la convalescence vraie, en raison d'une

longue période amphibole et d'accès de fièvre qui ont marqué les premières tentatives d'alimentation.

Le traitement que nous imposâmes, mon confrère et moi, et que la famille exécuta avec une rigueur dont on voit peu d'exemples, consistait en substance en des bains tièdes, de dix minutes de durée, à 32-35°, dès que la température axillaire prise toutes les trois heures dépassait 39°; de la caféine en injections hypodermiques, une potion à l'extrait mou de quinquina, des boissons abondantes complétaient le traitement et répondirent à toutes les indications.

Le service des bains fut très pénible ; à côté du lit se trouvait une baignoire, où l'on plongeait la malade et d'où on la reportait dans son lit, à deux ou trois personnes jusqu'à six fois par vingt-quatre heures ; durant quinze jours la fièvre fut assez marquée, le matin excepté, pour exiger cette balnéation répétée. Bien qu'une installation spéciale permit d'évacuer l'eau du bain dès qu'elle était souillée par les déjections involontaires de la malade, la préparation de chaque bain demandait un dur travail, souvent interrompu du reste par la nécessité de changer de linge la patiente, qui s'oubliait inopportunistement, ou de lui donner à boire.

Quatre membres de la famille, le mari, le frère, un beau-frère, une belle-sœur acceptèrent et supportèrent le fardeau de faire office d'infirmiers auprès de cette malade. Nuit et jour, en se relayant, deux d'entr'eux restaient auprès de la malade. Des trois hommes, deux d'entr'eux, associés, se remplaçaient au travail et au chevet de leur femme et sœur ; le troisième, architecte occupé, quittait son bureau, distant de cinq cents mètres, jusqu'à six fois par jour pour aider la belle-sœur à donner les bains ; c'était le plus

(1) Communication à la Société centrale de médecine du Nord. Séance du 8 décembre 1899.



de son séjour à la maison de santé, eut tous les soirs plus de 39° de fièvre, 40°1 même un soir; le matin, le thermomètre ne descendait pas au-dessous de 38°; de nombreux bains lui furent administrés; l'aspect et l'habitus étaient très peu celui d'un typhique, il y avait néanmoins quelques taches rosées, un peu de bronchite par stase, et le séro-diagnostic fait le même jour que pour la précédente malade fut positif. Depuis quin. s'était pas élevée jusqu'à 38°, et marqué, la convalescence allait l'établissement le 6 courant.

On ne peut guère contester q dont l'histoire précède, il s'est thienne. La longue durée et la r la première, la réaction de W sième font évidemment rentrer typhoïde; le second pourrait é en droit d'affirmer l'infection ty réaction est positive. De récent PAMART (d'Alger) (1), faisant suite MONT, GALLIOT, BORMANS, montre agglutinant est variable d'intensité des proportions très étendues, et négatifs peuvent se manifester en des résultats décevants que cet risque de donner, il cite un cas gnostic quotidiennement établi particulier, que l'observateur examen tous les trois jours à pa sept résultats négatifs de suite e tinant à la huitième épreuve. De le séro-diagnostic dans certains diagnostic clinique suffisamment ne contestera donc pas que le s fût aussi une fièvre typhoïde.

En les comparant entr'elles, se sont présentées cliniquement, la seconde comme avortée, la tre deux dernières dérivent cepend là un point que je désire établir

Bien que j'aie précisé le plus la maladie du premier sujet l autres auprès de lui, je n'ai l preuves indirectes que la conta contact de la malade : La balnéat intime du premier atteint était deux parents faisant office d'infi pés dans la suite. Comme il n'y tion, ce n'est pas par cette voie c se faire, comme dans le cas cité

(1) PAMART, *Médecine moderne* 1899,

(2) WATSON-WILLIAMS. — *Bulletin mé*

Il ya bien des chances, par conséquent, pour que la contamination ait été directe, à s'en tenir à ces seuls renseignements.

La théorie de la contagion indirecte a néanmoins pris dans tous les esprits une telle importance qu'il faut bien se demander si dans les cas actuels elle n'intervient pas ; on se souvient de la formule émise par M. BROUARDEL au congrès de Vienne « 99 fois sur 100, l'eau est le distributeur de la fièvre typhoïde ». L'eau de Lille, d'autre part depuis quelques mois, est, dit-on, tellement contaminée, que la question s'est posée avec insistance à mon esprit de savoir si dans ces deux cas elle ne devait pas être incriminée. Je dois répondre non. En effet, les deux malades, plusieurs semaines avant et durant leurs fonctions de garde-malades, ne buvaient que de l'eau de Vals. Par cette voie indirecte la contagion ne s'est donc pas produite.

Bien que des exemples de contamination par le lait ait été publiés, notamment par GOYON (1), par BROWN (2), par ROTH (3), je ne crois pas devoir m'arrêter à cette hypothèse, qui supposerait du lait mouillé, et dont les victimes auraient été plus nombreux dans la famille dont je parle et parmi les clients du laitier soupçonné.

J'ai à ajouter d'autre part un renseignement qui n'est pas sans importance : instruits par nous dès le premier jour des dangers de contagion qu'elles couraient, ces personnes s'étaient astreintes à ne pas se mettre à table sans s'être lavé les mains, à se nettoyer les mains au « laurénol » après chaque bain, et chaque fois qu'ils auraient touché quelque objet souillé. Ces recommandations furent suivies à la lettre, mais il est vraisemblable que ces soins de propreté auront involontairement été négligés une fois, ou qu'ils n'auront pas été poussés assez loin, ou qu'une éclaboussure sur les vêtements aura passé inaperçue, et que le germe se sera ainsi trouvé introduit dans la place. Il me semble donc démontré que la contagion a dans les deux seconds cas été directe, suivant la conception de VAILLARD, c'est-à-dire qu'elle s'est faite dans le voisinage immédiat du malade (4).

Néanmoins, en présence des précautions intelligemment prises par cette famille pour écarter la contagion, en présence de ce fait que furent frappés seuls les deux plus surmenés, une objection me vient, que je ne puis repousser sans examen : ces deux cas ne rentreraient-ils pas dans le cadre de ces cas spontanés, que les médecins militaires voient se produire en tout temps, mais surtout aux périodes d'entraînement des troupes, et dont certains de nos collègues ont entretenu la Société, il y quelques années ?

Le credo de BUDD, longtemps accepté par le plus grand

nombre, « la fièvre typhoïde ne peut naître que de la fièvre typhoïde » ne rencontre en effet plus la faveur absolue de naguère. Et l'on revient à l'opinion de MURCHISON, que « pour faire de la fièvre typhoïde il ne faut pas nécessairement de la fièvre typhoïde ». LÖSENER, en effet, a démontré que le bacille d'EBERTH est presque banal, puisque l'intestin du porc le contient, que la moitié des gens bien portants le recèlent dans leurs matières fécales. REMLINGER et SCHNEIDER (1), de même, dans un travail qui a fait grand bruit, ont prouvé que ce bacille typhique se trouve ailleurs que chez les typhoïdants ou sur les corps souillés par leur déjection. La constatation des cas isolés ou de faits groupés survenant en dehors de la contagion individuelle ou de la contamination fortuite des milieux, pousse d'autre part à penser que la conception de BUDD est excessive, et à admettre une sorte de spontanéité, comprise dans le sens d'un saprophytisme inoffensif du bacille d'EBERTH, aboutissant rapidement à la nocivité, lorsque les circonstances diminuent la résistance du porteur.

L'application de cette théorie pourrait sans doute se faire dans les deux cas que je relate. Cependant, en dehors d'une démonstration rigoureuse, que je ne pourrais fournir, je m'en tiens à la contagion directe, bien plus vraisemblable du reste.

Ces faits de contagion directe de la fièvre typhoïde, qu'on appelle plus communément contagion hospitalière, sont du reste plus fréquents qu'on ne pense ; depuis quelques années, la littérature médicale française en a fourni beaucoup.

En 1881, ARNOULD (2) donnait devant la Société la relation de six cas intérieurs survenus à l'hôpital militaire de Lille, alors qu'il n'existait que deux typhiques dans les salles et qu'il n'y avait pas d'épidémie à Lille.

M. LAVERAN (3), en 1884, relatait aussi trente-trois cas de contagion nosocomiale et son mémoire contribua à obtenir l'isolement des typhoïdiques dans les hôpitaux militaires.

A la Société médicale des hôpitaux, en 1886, M. LETULLE, dans un rapport sur une épidémie de maison signalée par M. DEBOVE, admettait cette contagion, mais faisait toutes réserves, ainsi que MM. SIREDEY et KELSCH du reste, sur les multiples conditions où la contagion médiate se produit.

En 1892, M. LEMOINE (4) donnait la relation de quatre cas bien observés dans lesquels l'agent contaminant avait été la chaise percée mise à la disposition d'un typhique.

En 1897, à la Société médicale des hôpitaux, la question fut reprise. M. GUINON rapporta l'histoire de trois enfants atteints de bronchite de purpura, de poliomyélite, qui firent, vingt-un et quarante jours après leur entrée dans

(1) GOYON. — *Ann. d'hygiène*, 1892.

(2) BROWN. *Bulletin médical*, 1894, p. 942.

(3) ROTH. — *Centralblatt für medicinische Wissenschaften*, 1890.

(4) VAILLARD. — *Bulletin médical*, 1897, p. 925.

(1) REMLINGER et SCHNEIDER. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1897.

(2) ARNOULD. — *Bulletin médical du Nord*, 1881.

(3) LAVERAN. — *Archives de médecine militaire*, 1884.

(4) LEMOINE. — *Revue d'hygiène*, 1892.



ment diminué, mais en somme elle joue avec gaieté, ne souffre pas, n'a pas de fièvre.

Le ventre est en effet très gros, très bombé en avant. A la palpation on ne provoque aucune douleur, mais on sent plusieurs masses indurées, mamelonnées, irrégulières, dont l'une d'elles, siégeant au pourtour de l'ombilic, présente les dimensions de la paume de la main.

On éprouve assez difficilement la sensation de flot, et cependant il existe une assez grande quantité de liquide, car la percussion donne un son mat, en avant, à partir de

Ce liquide est inoculé à un cobaye. Ce cobaye est resté sain ultérieurement. Mais nous ferons remarquer que la quantité de liquide inoculé était absolument insuffisante, car les bacilles sont assez rares dans les liquides ascitiques.

Enfin, Messieurs, je n'insiste pas, vous avez pu examiner l'enfant : l'ascite, les gâteaux péritonéaux témoignant d'une conglomération des tubercules, l'hypertrophie hépatique, tout cela nous a fait porter le diagnostic de péritonite chronique tuberculeuse à forme ascitique.

Pour ce cas, si favorable, nous n'avons pas voulu qu'on pût mettre la guérison, si elle se produisait, sur le compte d'une médication quelconque antérieure. Non seulement nous n'avons fait aucune espèce de traitement, mais nous avons même prescrit de s'abstenir absolument de la simple suralimentation. L'enfant a mangé le repas commun, habituellement assez frugal, composé d'une soupe, d'un peu de viande rôtie ou bouillie, et d'un plat de légumes. Jamais de lait, d'œufs, etc. Pas le moindre médicament tonique ou autre.

Le traitement radiothérapique a été commencé le 4 juin 1899. Durée de la séance, 8 minutes, le tube placé à 0.25 centimètres du ventre de l'enfant. Les séances ont été faites tous les deux jours; on en a augmenté progressivement la durée, et on a peu à peu rapproché le tube de la paroi, de façon à arriver à des séances de 15 minutes, le tube placé à 15 centimètres de distance. Ces chiffres n'ont plus été dépassés jusqu'à la fin.

A partir du 25 juin la circonférence abdominale commence à diminuer : le 27 juin elle est de 0<sup>m</sup>625, le 4 juillet de 0<sup>m</sup>615, le 21 juillet de 0<sup>m</sup>58, le 29 juillet de 0<sup>m</sup>56.

Déjà à cette date tout liquide a disparu, ainsi que nous l'ont montré plusieurs ponctions exploratrices faites dans les parties les plus déclives, l'enfant bien couché sur le flanc.

Pendant les vacances les séances ont été interrompues. La circonférence abdominale est remontée alors à 0<sup>m</sup>59.

Puis la radiothérapie a été reprise le 29 septembre et cessée définitivement le 6 novembre dernier.

Depuis, le ventre reste toujours ce que vous le voyez aujourd'hui, avec 0<sup>m</sup>56 de circonférence. Il n'y a plus de liquide; une ponction exploratrice pratiquée il y a deux jours nous l'a démontré.

Le foie de l'enfant reste toujours gros; il a beaucoup diminué, mais il déborde encore de près de deux travers de doigt.

En même temps que disparaissait le liquide, cause évidente d'un poids supérieur, malgré l'absence de toute suralimentation l'enfant engraisseait, mangeait avec plus d'appétit. Elle est entrée pesant 10<sup>k</sup>. 400 et aujourd'hui elle pèse 19<sup>k</sup>. 150 gr.

Nous avons, je crois, le droit de la considérer comme guérie de sa péritonite. Reste le foie qui, évidemment, est

l'ombilic jusqu'au pubis et dans les flancs sur toute la hauteur de l'abdomen. Mais cette matité est peu mobile dans les diverses attitudes imposées à l'enfant. Tout ceci semble nous prouver qu'il y a des cloisonnements qui empêchent la libre circulation du liquide dans la cavité péritonéale.

La circonférence de l'abdomen est de 64 1/2, au niveau d'une ligne passant à l'endroit le plus saillant du ventre, ligne qui se trouve figurée sur la photographie par une raie foncée tracée au nitrate d'argent.

La rate n'est pas sentie ni à la percussion ni à la palpation.

Le foie est très gros, déborde les fausses côtes de plus de trois travers de doigts. Il n'est pas douloureux à la pression.

Rien aux poulmones ni au cœur. Urines normales. Pas d'urée biline.

Pas d'œdème périphérique.

Ponction exploratrice avec une petite seringue de Pravaz. On retire un gramme d'un liquide clair, jaune citrin.



cris au patient. Le diagnostic d'abcès du cerveau paraissant manifeste, on transporte le malade à la salle d'opération. En l'absence de tout autre renseignement, me rappelant la surdité constatée quelques jours auparavant, je pensai à la possibilité d'un abcès d'origine auriculaire, avec d'autant plus de raison, semble-t-il, que ces abcès sont la très grosse majorité; toutefois l'état manifestement sain de la mastoïde me fit faire de fortes réserves. Néanmoins je la trépanai quand même et j'arrivai dans le crâne, sans trouver de pus; agrandissant la perforation opératoire, je blesai le sinus latéral qui fut tamponné et ne donna que très peu de sang; après cet accident sans importance, j'arrêtai l'intervention avec l'espoir d'avoir pratiqué un drainage d'appel pour le pus, s'il était dans le voisinage. Le lendemain l'état du malade s'était encore aggravé, et comme phénomène nouveau, on trouvait de l'inégalité pupillaire, la pupille droite étant la plus dilatée. Je fis reporter le malade à la salle d'opération, et résolu de faire la trépanation là où siégeait la douleur. Après rasage du crâne et incision des téguments, je fis, avec la grosse fraise de DOYEN, quatre trous allant jusqu'à la dure-mère, ces points furent réunis entre eux par trois traits à la gouge et au maillet, de façon à laisser un pédicule qui fut fracturé, la fracture obtenue, on put relever le volet osseux et le séparer de la dure-mère, cette première partie de l'opération s'accomplit rapidement et facilement et ne s'accompagna d'aucune lésion de la dure-mère qui apparut distendue et non animée de battements; elle fut alors incisée parallèlement aux bords de la perte de substance osseuse; aucune trace de pus n'existait à sa face profonde, ni à la surface du cerveau; celui-ci, que ne soulevait aucun battement, avait un aspect à peu près normal, mais il était évidemment distendu, car il se hernia immédiatement à travers la brèche dure-mérienne; la lame du bistouri, enfoncée à deux centimètres, fit alors à la substance corticale une éraillure par laquelle s'échappa aussitôt un pus épais et crémeux; cette ouverture fut agrandie avec le doigt, l'abcès entièrement vidé et sa cavité lavée avec précaution. Drainage, réapplication du volet osseux, suture et pansement. Mais l'intervention était trop tardive, le malade mourut dans la nuit.

L'autopsie montra que l'oreille était saine, et que l'abcès siégeait bien dans le lobe temporal. *Aucune trace d'ostéite en aucun point de la paroi crânienne.*

L'examen du pus, pratiqué à l'Institut PASTEUR, par M. DELÉARDE, révéla la présence du pneumocoque.

Ce malade, on l'a vu, indiquait bien comme le plus douloureux un point dans une région où avait antérieurement porté un traumatisme; mais ce traumatisme, sur lequel nous ne possédions aucun renseignement, n'avait laissé aucune trace; on ne trouvait ni saillies, ni dépressions anormales à la surface du crâne, on ne voyait même pas de cicatrice cutanée; par contre nous possédions un commémoratif: une surdité constatée pendant un séjour de quelques

heures que le malade avait fait dans la salle peu de jours auparavant. Cette surdité, n'était-il pas logique de la mettre sur le compte de lésions anciennes de l'oreille que le malade ne nous révélait pas à cause de son état d'obnubilation? ce point admis, la pathogénie des accidents se trouvait mise très simplement en lumière: la suppuration de l'oreille avait cessé de couler à l'extérieur, mais des phénomènes très graves étaient survenus du côté du cerveau; ainsi le traumatisme n'était plus considéré que comme un fait sans importance.

Cette pathogénie si simple et qui est bien celle de la très grande majorité des abcès du cerveau ne peut, comme nous l'a montré la lecture de l'observation, être invoquée dans les circonstances actuelles. L'oreille était saine et il est certain que la surdité constatée pendant le premier séjour du malade à l'hôpital était d'origine centrale et due à la présence de l'abcès au niveau du centre de l'audition. Le reste du crâne osseux était sain également: aucune suppuration de voisinage ne vient donc nous expliquer le mécanisme de la formation de cet abcès. De ce fait, le traumatisme acquiert à nos yeux une importance nouvelle, car il a dû causer une destruction partielle de la substance cérébrale, par contusion directe; par quelle voie ce foyer de contusion s'est-il infecté? C'est un point qui demeure obscur et cette obscurité est constatée dans un certain nombre d'observations de même genre où on voit l'abcès apparaître tardivement, loin de la blessure initiale, sans continuité avec elle; dans certains cas même, cette blessure peut n'être qu'une simple plaie du cuir chevelu.

On a vu que — nous nous y attendions et l'avions annoncé aux assistants avant l'intervention — nous avons fait une trépanation blanche de l'apophyse mastoïde. Dès lors nous ne possédions plus comme indication possible du siège de l'abcès que la douleur nettement localisée en un point; nous nous sommes fiés à ce symptôme et cette céphalalgie très intense et très fixe nous a conduit directement sur le pus; HORSLEY et LOHMEYER ont obtenu le même résultat en trépanant également au point le plus douloureux; mais il faut savoir qu'en s'exagérant la valeur de ces faits heureux on s'exposerait à des mécomptes; c'est ainsi, par exemple, que HULCKE a localisé dans le cervelet un abcès qui siégeait bel et bien dans le lobe temporal.

Nous n'avons pas été assez heureux pour sauver

ns-nous suivi la seule  
e, et lui avons-nous  
rvivre à une affection  
si cet homme ne s'était  
le son premier séjour  
'opération d'une façon  
me ses chances de gué-  
in d'être négligeables  
épanation est suivie de  
des cas,

par la créosote,  
de Roosendale,  
au 19<sup>e</sup> régiment de chasseurs

is depuis ces dernières  
soit à l'intérieur, soit  
ements aigus produits  
ore rares, et je crois  
suivant qu'il m'a été  
t.

is 1 2, était atteinte de  
ions trachéales et pha-  
uel de sa famille avait  
es inhalations de créo-  
par méprise, à la petite  
créosote pure au lieu  
souffrance de l'enfant  
médicament, l'erreur  
immédiatement prendre  
rop d'ipéca et on m'en-  
ne étant le médecin le

la poudre d'ipéca que  
si chez la malade envi-  
dient.

ns son lit, la face pâle,  
n résolution complète,  
u baignée d'une sueur  
ient courtes et le tho-  
eine à chaque inspira-  
issait voir la muqueuse  
légèrement surélevées,  
verte d'un épais enduit  
e l'affection en cours.  
présentaient une colo-  
et là par des brûlures

et rétrécies et la sensi-  
e,  
gissaient pas aux exci-

nt environ 0 gr. 40 cent.  
n dans de l'eau tiède ;

puis, les vomissements tardant à se produire, je saisis la malade sous mon bras gauche, et, lui introduisant l'index droit dans l'arrière bouche, je cherchai à exciter le réflexe pharyngien. Après des titillations soutenues, j'obtins un vomissement aqueux, répandant une forte odeur de créosote, et dont le contact sur la main me produisit une sensation de picotement notable. L'absorption d'une nouvelle quantité d'eau chaude, suivie de titillations de la luette, amena un second vomissement qui contenait cette fois du lait caillé, et présentait, comme le premier, une forte odeur de créosote.

Je laissai enfin reposer l'enfant qui retombait dans sa torpeur après chaque vomissement, tout en lui faisant appliquer des boules d'eau chaude aux pieds et des linges chauds sur le corps. Au bout de quelques instants, la respiration se régularisa, les inspirations devinrent plus profondes et le pouls prit de l'ampleur.

Trois heures après, la petite malade sortait de son état comateux et reconnaissait ses parents. Sa température axillaire était alors de 38°, et son haleine répandait une forte odeur de créosote.

Le soir, l'état général s'était encore amélioré, et la fillette, jouant sur son lit, ne se plaignait que de ses brûlures buccales et pharyngées. Ses urines, que l'on n'avait pas conservées, présentaient, au dire des parents, une coloration rougeâtre prononcée.

Les jours suivants, aucune complication ne survint du côté du pharynx ou du tube digestif, et la déglutition, qui avait été pénible pendant plusieurs jours, permit enfin de reprendre une alimentation ordinaire.

Cette observation m'a suggéré les remarques suivantes :

MIGUET, dans le Dictionnaire thérapeutique de DUJARDIN-BEAUMETZ, note le vomissement parmi les phénomènes qui accompagnent l'empoisonnement par la créosote ; or, chez Madeleine X..., la créosote a semblé produire, au contraire, une résistance manifeste au vomissement, puisque trois cuillerées à café de sirop et 0 gr. 40 cent. de poudre d'ipéca n'ont pas suffi pour forcer l'estomac à rejeter son contenu : ce n'est qu'à la suite de titillations soutenues que j'ai pu obtenir une évacuation si que, chez notre malade, la dose d'ipéca a été relativement faible, puisque, enquête que j'ai faite de suite, l'enfant fut tout à fait surprise par le contact du sirop, en avait rejeté. Quoi qu'il en soit, la dose d'ipéca, cependant suffisante pour produire des vomissements constatés, des phénomènes d'int

NORTHAGEL et ROSSBACH, dans l'Encyclopédie thérapeutique, signalant l'emploi de la créosote dans les vomissements, en ajoutant qu'elle

titre que la benzine, c'est-à-dire comme antiputride. Pour nous, nous pensons que la créosote peut produire un effet antiémétique non-seulement comme antiputride, mais encore comme antispasmodique et même comme paralysant stomacal ; les phénomènes de paralysie transitoire observés dans les membres de notre malade, et le retrécissement pupillaire, indice d'une paralysie du grand sympathique, semblent à l'appui de notre hypothèse ; aussi, nous croyons-nous autorisé à conclure que, dans un cas d'empoisonnement aigu par la créosote, il est inutile et dangereux d'attendre l'action des émétiques, et qu'il faut avoir recours, aussi tôt que possible, à l'emploi de la pompe stomacale ou au moyen plus simple qui nous a réussi.

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Société de Chirurgie.** — La discussion porte sur le traitement des coxalgies suppurées. Certains auteurs (SCHWARTZ) recommandent la résection, au moins chez l'adulte ; d'autres (KIRMISSON) trouvent cette opération dangereuse, et ses résultats plus mauvais que ceux qu'on obtient par le traitement conservateur.

**Société médicale des Hôpitaux.** — M. AVIRAGNET a observé deux cas d'obstruction intestinale coïncidant avec une appendicite suppurée.

**Société de Biologie.** — MM. WERTHEIMER et LEPAGE ont montré que non seulement le duodénum, mais encore le géjunum, peuvent servir de point de départ au réflexe sécrétoire du pancréas, sous l'action des acides. Ces faits fournissent le premier exemple d'un réflexe ganglionnaire produit par l'action de l'excitant physiologique sur les extrémités terminales des nerfs sensibles.

## Analyses de Mémoires français & étrangers

**Asepsie opératoire,** par le Dr TURMER.

(Presse médicale, Paris, 9 septembre 1899).

L'asepsie a pour but de prévenir la présence des germes dans le champ opératoire. Elle est *préservatrice* et non *curatrice* de l'infection.

L'asepsie doit être réalisée avant, pendant et après l'opération.

1° ASEPSIE AVANT L'OPÉRATION. — Il s'agit d'abord de stériliser tout ce qui sera en contact immédiat avec

la plaie. Il y a d'un côté le matériel, facilement stérilisable, de l'autre le chirurgien et le malade, dont les téguments sont difficiles à désinfecter.

Pour le matériel, le meilleur agent de stérilisation est la chaleur humide. L'ébullition des instruments dans une solution de chlorate de soude constitue le procédé par excellence de la chirurgie d'urgence et de la chirurgie à la campagne.

L'autoclave de CHAMBERLAND est actuellement employé d'une façon générale pour la stérilisation des objets de pansement. Il permet d'obtenir en outre de l'eau stérilisée.

Une fois les instruments stérilisés, évitez de les changer de récipients, vous aurez une chance d'infection en moins. Evitez également les aides trop nombreux. Prenez directement vous-même vos instruments et vos compresses.

L'asepsie des mains du chirurgien et du malade se fera de la façon suivante :

- 1° Lavage, brossage, savonnage à l'eau stérilisée ;
- 2° Curage parfait des ongles ;
- 3° Passage à l'alcool et rinçage à l'eau.

Ne pas essuyer.

Ne touchez plus de zones forcément infectées et ne laissez jamais des liquides septiques sécher sur vos mains.

2° ASEPSIE PENDANT L'OPÉRATION. — Deux cas peuvent se présenter : 1° ou bien on s'adresse à des tissus non infectés ; 2° ou bien on s'attaque à une lésion septique. Mais il y a un ensemble de précautions communes à toutes les opérations. Comme la désinfection des mains ne peut être absolue, il faut diminuer autant que possible la durée et l'étendue du contact des mains avec le champ opératoire.

N'opérez qu'avec un seul aide. — Ne vous embarrassez pas d'un arsenal trop compliqué.

« Opérez vite », et en dehors des avantages énormes dont votre malade bénéficie : absence de choc, diminution de la durée de l'anesthésie, etc., vous contribuerez puissamment à votre asepsie opératoire. Il ne faut pas vous persuader que parce que vous êtes propres vous avez le droit d'être lents. Diminuer la durée d'une opération, c'est diminuer les chances d'infection, puisque vos mains et vos instruments, quelles que soient vos précautions, croissent en septicité proportionnellement à la durée opératoire.

Réduisez au minimum la surface de contamination en couvrant le champ opératoire de compresses sté-





**Malade gai.**

Les malades, même quand ils sont gravement atteints, ne perdent pas tous leur gaieté. A preuve cet ascétique qui adressait à son médecin le poème humoristique que voici :

Audi, doctor, me clamentem,  
Trista voce lamentantem!  
Aqua horrida interna  
Ventris plena est caverna!  
Diaphragma, in thoracem  
Aquae vi impressum, pacem  
Rapiat jam pulmone, omnes  
Fere noctes sunt insomnes.  
Nunquam autem tulit venter  
Meus aquam — phy! — libenter!  
Ergo, doctor fac me salvum  
Aqua liberando alvum,  
Ne sis Fabius Cunctator,  
Veni Masius Punctator.

(Le Scalpel).

**Une sage-femme enlevée  
par des brigands en Turquie.**

Il y quatre ans, M<sup>me</sup> BRANZEAU, notre compatriote, sage-femme du Palais impérial et directrice des bains de Yalova, fut enlevée en Turquie par des brigands, et restituée également par les brigands, après versement de la forte somme. Les Turcs ont payé les menus frais d'enlèvement.

(Gaz. méd. de Paris).

**NOUVELLES & INFORMATIONS**

**UNIVERSITÉ DE LILLE**

Dans sa séance publique annuelle du 12 décembre, l'Académie de médecine a accordé : 1<sup>o</sup> à titre de récompense à MM. CARRIÈRE et VANVERTS, de Lille, la somme de 400 fr. sur le Prix Amussat pour leur travail *Sur la ligature des vaisseaux spléniques chez l'animal et chez l'homme*.

2<sup>o</sup> Sur le Prix Barbier, une mention honorable à M. CARRIÈRE, pour son travail : *Tentatives expérimentales d'immunisation contre le tétanos et le venin des serpents*

3<sup>o</sup> Pour le service des épidémies, un rappel de médaille d'argent à MM. le docteur MANTEL, de Saint-Omer et REUMAUX, de Dunkerque; une médaille de bronze à MM. les docteurs CRÈVECŒUR, de Calais; LESTOQUOY d'Arras.

4<sup>o</sup> Dans le service d'hygiène de l'enfance, un rappel de médaille de vermeil à M. le docteur JOLY, de Fauquembergue (Pas-de-Calais); un rappel de médaille d'argent à M. le docteur FRÉMICOURT, de Jaulgonne (Aisne); une médaille de bronze à MM. les docteurs FAIDHERBE, de Roubaix; GUILLEMANT, de Bourlon (Pas-de-Calais); un rappel de médaille de bronze à M. le docteur DELASALLE, de Sailly-sur-la-Lys (Pas-de-Calais).

5<sup>o</sup> Dans le service de la vaccine, une médaille de ver-

meil à M.  
d'argent  
de méda  
gonne (1  
bronze  
Calais);  
Nous  
CARRIÈRE  
démie, 1  
— Da  
mant à  
M. le do  
ligne, à  
— M.  
d'aliéné  
tionnell  
élève de  
— A

Lille et  
tel qu'i  
MM. les  
présider  
M. le d  
adjoint,  
Le diti  
vier 190

**FAC**

Lyon.  
d'accep  
l'Univer

M. O.  
ne se c  
de Fran  
dont les  
tront à  
« à la d  
sera pr  
dans le  
général  
teur de  
françai

*Epidi*  
reçoit  
dévoue

Nous  
de MM  
dical d  
le-Mar  
Loire)  
(Gard).



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT  
5 fr. par an.

Union postale : 6 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine

**MM. Ausset**, professeur agrégé des maladies des enfants; **Barrois**, professeur de parasitologie à la Faculté; **Bédard**, professeur agrégé de physiologie; **Calmette**, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; **Carrière**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Carlier**, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphilitigraphique; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

**MM. Deléarde**, professeur agrégé, chef de clinique; **Dubar**, professeur de clinique; **De Lapersonne**, professeur de clinique chirurgicale; **Kéraval**, directeur de l'Asile d'Armentières; **De Lapersonne**, professeur de clinique; **Looten**, médecin des hôpitaux (Valenciennes), membre correspondant; **Moty**, médecin principal, agrégé; **Oui**, professeur agrégé, chargé d'un cours; **Surmont**, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs POTEL**, chef de clinique chirurgicale, et **INGL**

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.) 128, Boulevard de la Liberté.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sans avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 5 fr.

**ABONNEMENTS.** — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1900, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur **COMBEMALE**, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passé le 15 janvier, nous ferons recouvrer par la poste, en y ajoutant 0 fr. 45 pour frais de recouvrement.

### SOMMAIRE :

**TRAVAUX ORIGINAUX.** — Note sur l'épilepsie méningitique chronique des adultes, par le docteur **P. Kéraval**, médecin en chef de l'Asile d'Armentières; Observation recueillie par **P. Boutrois**, interne de service. — **CLINIQUE CHIRURGICALE** DE M. LE PROFESSEUR **DUBAR** : Obstruction intestinale par cancer de l'intestin, par M. **J. Druchbert**. — **BULLETIN-MEMENTO DES SOCIÉTÉS SAVANTES.** — SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU NORD; Séance du 22 décembre 1899. — **VARIÉTÉS ET ANECDOTES.** — NOUVELLES ET INFORMATIONS. — STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Note sur l'épilepsie méningitique chronique des adultes,

par le Dr **P. Kéraval**, médecin en chef de l'Asile d'Armentières.  
Observation recueillie par **P. Boutrois**, interne de service.

Il est évident que le mot épilepsie remplit actuellement l'office que remplissait, il y a quelque trente ans, le mot paraplegie; il masque une foule d'entités morbides totalement inconnues.

Voici une Observation tout à fait obscure d'épilepsie imputable *post mortem* à une lésion des méninges, avec hydrocéphalie interne extrême, qui, tout incomplète qu'elle soit, n'en doit que davantage appeler l'attention des médecins sur des faits du même genre. Elle doit nous engager à prendre patiemment et complètement les Observations de nos épileptiques et à

étudier les pièces anatomiques de nos malades dans nos laboratoires, lorsque nous nous heurtons à des impossibilités, bien entendues.

Le malade dont on va lire l'histoire que nous avons pu faire a été amené à l'hospice sans autres renseignements que ceux transcrits plus bas. Il y est mort en présentant l'appareil symptomatique que nous avons relevé. Et l'autopsie a permis de constater également ci-après.

**OBSERVATION.** — **Br...., J.-B.**, né le 15 mars 1851 (48 ans).

**Antécédents héréditaires.** — Inconnus.

**Antécédents personnels.** — Le malade est originaire d'Halluin, où il se trouve depuis 1851 le certificat médical émanant du Dr... de cet hospice, et les renseignements qu'il nous a pu obtenir, Br.... avait de fréquentes crises.

Sa raison était fortement déséquilibrée. Complètement illettré, incapable de travailler, surtout la nuit, des crises épileptiques suivies d'accès de fureur durant lesquels il était impossible de l'approcher, car il cherchait à se débattre et à frapper.

En dehors des accès, il restait mécontent sous le coup d'impulsions qui le faisaient courir dans les rues, à maltraiter les gens, surtout les enfants.

Le 22 mai, un accès de fureur purement épileptique; il se jette, dans la rue, sur un passant et le frappe violemment.

Arrêté par la police, il oppose une résistance vaine; finalement ligotté, il est conduit à l'hôpital de Lille le 23, il y

3 juin. — L'agitation place à une dépression  
Les convulsions sont  
On ne tire qu'avec  
croissante pour le faire  
Les eschares pansées  
commencent à s'améliorer.

4 juin. — Le malade  
l'agitation est complète  
quelques secousses convulsives  
La respiration est

5 juin. — Mort à 10 heures  
L'autopsie est pratiquée  
après la mort.

Les membres sont  
les orteils sont fort rigides  
A l'ouverture du thorax  
adhérences pleurales  
Poumon droit léger  
lobes inférieurs, en arrière  
Poumon gauche non  
Léger épanchement  
Cœur gras. — Légère  
L'estomac est dilaté  
Le foie est un peu hypertrophié.

Les autres viscères  
Atrophie exagérée  
Le petit doigt, long et  
L'hydrocèle renferme  
liquide clair et citrin  
Les testicules sont  
Crâne. — Surface  
Sutures effacées. Au  
bosses frontales et pariétales  
La protubérance occipitale  
Circonférence = 61 cm.

Les trois méninges.  
La dure-mère est unique criant sous le  
aponévrose enveloppante qui est le  
couverture qui est le  
sutures veineuses très  
a contracté des adhérences  
à la base du crâne, mais  
Sept cent cinquante  
incolors, limpides, s'écoulent  
raux, qui sont extra-  
deux vastes poches de  
celles d'une vessie viduée  
leur contenu.

Ces parois, formées  
d'arabes, sont déformées  
sérieuses sont presque  
circonvolutions formées  
exactement comme d'habitude.

Les vaisseaux veineux  
forment un lacis très  
denses qui en dessinent

L'épaisseur de la substance  
environ un centimètre  
molle.

Les trous de MONRO sont très élargis (deux centimètres de diamètre).

Le corps calleux forme une lame si mince et si ramollie qu'elle s'effrite en bouillie au moindre attouchement.

Dilatation du troisième ventricule, de l'aqueduc de SYLVIVS et du quatrième ventricule.

Pas de tumeur.

Les plexus choroides sont complètement exsangues.

Pas de lésions apparentes du côté du cervelet.

Le canal épendymaire est également distendu dans une partie de la portion cervicale de la moelle.

En résumé, ce malheureux avait été placé à l'hospice comme épileptique ordinaire plusieurs années auparavant ; en ce séjour, sa conduite et ses allures n'avaient pas tardé à être celles des épileptiques aliénés.

On l'amène à l'asile d'Armentières en plein délire ; il est alors à peu près impossible d'établir un diagnostic. Nous formulons, le lendemain de son entrée, le certificat suivant :

Br... est amené dans un état de santé très défectueux ; il ne tient pas debout, gâte et a une escarre cruciale dans le milieu du dos ; le sacrum et la région fessière présentent quelques excoriations. Très obnubilé à son entrée, il raconte, ce matin, qu'il est malade depuis longtemps, qu'il était couché chez lui et que c'est pour cela qu'il a des plaies dans le dos. Les muscles ont perdu actuellement leur tonicité, et ses mouvements ont, par suite, une mobilité rappelant celle des polichinelles qui servent de jouets aux enfants. Signes physiques de la dégénérescence. Br... serait épileptique et aurait, sous l'influence de ses attaques, des impulsions avec agitations graves ; à contrôler, s'il survit, ce qui est improbable.

Or, il mourut dans les conditions indiquées dans l'Observation, cinq jours après son arrivée, sans qu'on ait pu obtenir aucun résultat thérapeutique.

La méningite chronique avec hydrocéphalie interne aiguë explique cette fin. Nous n'avons pu en savoir plus long.

Il nous paraît indispensable de rapprocher de ce fait l'Observation publiée par M. BRESLER sous le nom de *méningite chronique ventriculaire des adultes* (*Neurologisches Centralblatt*, XVII, 1898).

Il s'agissait d'un épileptique à propos duquel l'auteur se demandait pendant la vie du malade si la névrose n'avait pas eu pour origine une légère commotion cérébrale et l'alcoolisme. On constatait ultérieurement le remplacement des accès convulsifs par

des accès de vertiges. L'hypothèse d'un fragment de la lame vitrée ayant enflammé les méninges et l'écorce était également mise en avant, à raison précisément des commémoratifs. Quelques mois plus tard apparaissaient des phénomènes de démence paralytique que l'on pouvait tenir soit pour une forme de l'obnubilation épileptique, soit pour une véritable paralysie générale consécutive à l'alcoolisme et ayant engendré l'épilepsie, soit enfin pour une pseudo-paralysie générale escortée des symptômes précédemment signalés. Enfin il y avait lieu de penser à une tumeur cérébrale.

A l'autopsie, il n'existait ni paralysie générale, ni tumeur, ni éclats osseux. En revanche une énorme hydrocéphalie interne, comme chez le malade Br..., distendait les ventricules cérébraux ; il y avait, en outre, granulations de l'épendyme, léger trouble de la pie-mère à la base. Ainsi s'expliquaient les convulsions épileptiques ultérieurement remplacées par les états du mal vertigineux, les accès vertigineux, l'obnubilation psychique.

C'est, pour l'auteur allemand, l'alcool qui, dans l'espèce, a causé tout le mal. Il a irrité le revêtement épithélial des plexus choroides et l'épithélium épendymaire. Ces éléments anatomiques, hyperplasiés, ont laissé passer un excès du liquide lymphatique qui s'est collecté dans les cavités cérébrales à un si haut degré qu'il a distendu ces cavités (*hydrocéphalie interne*) et, par sa propre masse, a entravé son propre écoulement. Ainsi s'est produite une pression cérébrale qui a, à son tour, gêné l'écoulement du liquide encéphalique. La pression intraventriculaire a agi sur la substance cérébrale, comprimée contre les parois du crâne, ainsi que sur les veines et les granulations de PACCHIONI. Les autres symptômes convulsifs ont été dus à l'influence directe de l'alcool.

Il est à remarquer que le malade de M. BRESLER était devenu *amaurotique* et que, malgré les phénomènes de compression du cerveau relevés à l'autopsie, on n'avait point constaté chez lui de névrite optique avec étranglement de la papille. Cette amaurose devait, par conséquent, être attribuée à une lésion directe du lobe occipital.

L'examen de l'hydrocéphalie interne donne lieu, dans le cas particulier, aux mêmes réflexions que celui de l'hydrocéphalie interne de notre malade Br.... La substance cérébrale n'était point dissociée, point imbibée par le liquide ventriculaire. Le liquide hydrocéphalique a agi comme corps étranger exerçant une



l'intestin produite par des adhérences. Elle n'a jamais eu de péritonite. La malade déclare qu'il n'y avait pas de sang dans sa garde-robe du 9 novembre, qu'elle n'en a jamais rendu par l'anus. Aussi, bien que la palpation ne laisse percevoir en aucun point de tumeur abdominale, bien que le toucher rectal pratiqué très haut ne révèle aucun obstacle, on fait des réserves en ce qui concerne l'existence possible d'une tumeur intestinale.

Au point de vue du siège de l'obstacle, nous ne pouvons dire qu'une chose, c'est qu'il se trouve très probablement sur le gros intestin, en raison de la forme et du développement de l'abdomen, mais assez haut car les lavements donnés avec la canule rectale pénètrent sans difficulté. En tenant compte des douleurs ressenties au début par la malade dans la partie supérieure du ventre, on doit admettre que l'obstacle est très probablement sur le côlon transverse.

Comme l'état général de la malade est extrêmement alarmant et qu'il ne saurait permettre une intervention de longue durée, M. DUBAR décide qu'il faut courir au plus pressé et, en raison du siège probable de l'obstacle, établir un anus dans la fosse iliaque droite; quitte à lever plus tard l'obstacle, s'il est démontré par la marche de la maladie qu'il ne s'agit pas d'un cancer.

La malade est opérée le 18 novembre. On arrive sur une anse intestinale énormément distendue, qui remplit toute la fosse iliaque. L'ouverture de cette anse est abouchée à la peau. Il s'écoule immédiatement et pendant toute la journée une quantité assez notable de matières brunâtres, bien liées. Les vomissements cessent et la malade peut supporter un peu de bouillon. Néanmoins la détente n'est pas complète. Un certain nombre d'anses intestinales continuent à se dessiner très volumineuses sous la peau. Le doigt, introduit dans l'anus artificiel, se meut librement dans l'intestin et ne sent pas de matières dures formant bouchon. En revanche, le doigt sent au-dessous de l'anse abouchée à la peau, une résistance très nette. La pression exercée sur l'abdomen au niveau des anses distendues n'amène aucune issue de matières par l'anus artificiel. Il ne peut donc s'agir là d'une paralysie de l'intestin; il faut admettre quelque plicature qui s'oppose à l'issue des matières.

M. DUBAR, constatant, le 20 novembre, au matin, que la situation ne s'est pas modifiée, se résout à faire à la paroi abdominale une seconde ouverture au dessous et en dehors de la première, en se rapprochant davantage de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette incision le conduit sur une anse distendue du gros intestin, reconnaissable à ses bandelettes longitudinales. Il l'abouche à la peau et en pratique l'ouverture. Ce deuxième anus contre nature donne issue immédiatement et pendant quatre à cinq jours à une quantité extrêmement considérable de matières épaisses, brunâtres et molles. Plusieurs fois par jour on est obligé d'enlever le pansement qui en est rempli. On ne saurait croire la quantité extraordinaire des matières qui étaient accumulées dans l'intestin.

A partir de ce moment, l'état général de la malade s'améliore rapidement. L'appétit et les forces sont

récupérées en quelques semaines. Le premier anus contre nature se ferme rapidement; le second, au contraire, fonctionne avec une régularité parfaite.

Lorsque le ventre fut détendu et redevenu souple, l'examen le plus attentif ne put faire découvrir le plus léger empatement, la plus petite tumeur circonscrite.

Vers le mois de mai 1898, l'opérée ayant eu plusieurs selles, peu abondantes d'ailleurs, par les voies naturelles, demande si on pourrait la débarrasser de l'anus contre nature. De grands lavements administrés par le rectum laissent passer un peu de liquide par l'anus iliaque, mais réveillent des douleurs. On engage la malade à attendre à plus tard, ce qu'elle accepte d'autant plus volontiers qu'elle ne souffre pas et que, somme toute, satisfaite de son état, elle craint une nouvelle opération.

Cette femme vaquait sans trop de gêne à ses occupations, quand le 19 août 1899, de nouveaux accidents s'étant déclarés, elle est obligée de rentrer dans le service.

Quand nous l'examinons, il y a huit jours que son anus iliaque est tari; la malade est affaiblie, cachectisée; son ventre est distendu par les gaz, tympanique. La matité des flancs indique un léger épanchement ascitique; l'intestin fait un peu hernie au niveau de l'anus artificiel.

Malgré l'état précaire de la malade, une intervention s'impose. Le ventre est tellement tendu qu'on ne peut avoir d'indications sur le siège de la nouvelle obstruction, mais le flanc droit est plus résistant que le gauche à la palpation, et le cul-de-sac droit du vagin est comblée par une masse qui refoule l'utérus et la vessie vers le côté gauche.

Le 30 août 1899, M. GAUDIER, professeur agrégé, suppléant M. DUBAR, pratique une laparotomie médiane. Il s'écoule, à l'ouverture du péritoine, environ deux litres d'un liquide louche, sanguinolent et fétide. Les anses intestinales sont fortement injectées, des fausses membranes les agglutinent. Toute la partie droite du petit bassin est occupée par une énorme masse molle, adhérente partout, impossible à pédiculiser, profondément enfouie dans le ligament large. Cette masse remonte assez haut pour comprimer le cœcum et la portion terminale de l'iléon contre la paroi abdominale.

Inutile de songer à enlever radicalement pareille tumeur; l'état de la malade ne permet pas de longues manœuvres. Après libération des anses intestinales adhérentes et ligature de la corne utérine, la masse est enlevée par arrachement; elle se déchire du reste sans difficultés. On fait ainsi une sorte de curage du ligament large. Les vaisseaux qui saignent sont liés ou touchés au thermocautère.

Pour plus de rapidité, la paroi abdominale est fermée par une suture en un seul plan au moyen de fils d'argent. La plaie opératoire est protégée par un badigeonnage de collodion. Un pansement sommaire qu'on devra changer souvent recouvre le tout; la débâcle commence.

La malade ne s'est guère ressentie de son opération, la température est toujours restée inférieure à la normale. En deux jours, le ventre est revenu à ses pro-





permet sans doute aux matières et surtout aux gaz de remonter dans le gros intestin, d'où une distension permanente du côlon. Le côlon transverse, qui jouit d'une extrême mobilité, subit le plus les efforts de cette distension, d'où son allongement.

Nous ferons remarquer enfin la seconde occlusion de l'intestin. Les tumeurs pelviennes causent rarement l'occlusion intestinale; mais ici l'intestin fixé à la paroi abdominale ne pouvait fuir devant une tumeur; le cœcum et l'iléon se sont donc trouvés comprimés entre la tumeur et la paroi.

Les circonstances les plus fâcheuses se sont réunies; à la cachexie et à la généralisation cancéreuse, aux troubles dus à la nouvelle obstruction, s'est jointe une perforation de l'intestin au niveau de la tumeur primitive. La malade a succombé, épuisée par la résorption de tant de produits septiques (1).

## Bulletin-Memento des Sociétés savantes

**Société de Chirurgie.** - M. TUFFIER conseille d'examiner les membres fracturés avec la radiographie, après réduction pour juger du degré de coaptation.

**Société médicale des Hôpitaux.** MM. GUÉNON, NETTER, etc., ont observé des cas très nets de contagion directe de la fièvre typhoïde.

**Société de Biologie.** - M. NÉLOIX. L'alcool ingéré par la mère se retrouve dans le lait et dans le sang du fœtus.

**Société de Dermatologie.** — M. GALIPPE. Les altérations dentaires attribuées à l'hérédosyphilis peuvent se rencontrer chez des sujets certainement indemnes de cette affection.

\* \*

## SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 22 Décembre 1899

Présidence de M. LOOTEN, vice-président.

### Tuberculoses multiples, traitées par le curetage et l'ébouillantage

M. Moty présente un malade traité pour de vastes abcès froids du tronc, par le curetage, l'ébouillantage

(1) Nous remercions vivement notre maître, M. le Professeur DUBAR, d'avoir bien voulu apporter à notre travail, le précieux appoint de ses notes et de ses souvenirs.

J. D.

et le pansement au naphthol camphré sans réunion; la guérison s'est faite en 31 semaines, mais, aussitôt la suppuration tarie, des accès de fièvre sont survenus qui ne trouvent leur explication que dans une poussée bacillaire du côté des poumons. En effet, à la seconde poussée fébrile, M. Moty a pu constater une légère congestion pulmonaire. Jamais auparavant le malade n'avait présenté de symptômes de tuberculose, il n'avait aucun antécédent personnel.

Actuellement le malade paraît guéri, grâce au traitement général qui a été institué en même temps (arséniate de soude, inhalations de vapeurs créosotées).

M. Lambret s'étonne de la rapidité de la guérison, car l'opération a eu lieu le 3 octobre et, le 13 novembre, la cicatrisation était complète. C'est pourquoi, il met en doute l'existence d'une lésion osseuse, tant vertébrale et costale, que dépendante du bassin. D'ordinaire, en effet, les lésions osseuses suppurent très longtemps et amènent peu à peu l'élimination d'esquilles et la formation de trajets fistuleux. En tout cas, s'il y a lésions osseuses, la récurrence est à craindre. M. LAMBRET met d'autant plus en doute l'existence d'une tuberculose osseuse que, sans grattage de l'os, la guérison s'est produite.

M. Moty rappelle, à ce propos, qu'il a déjà traité une tuberculose osseuse profonde par les injections de naphthol camphré et a eu à enregistrer également une guérison rapide. Dans le cas actuel il a cherché, mais sans succès, le siège précis des lésions osseuses, il redoute toutefois leur existence.

Il conclut en préconisant un traitement général très suivi pour les tuberculeux chez lesquels on arrive à tarir une suppuration abondante, persuadé qu'on arrivera ainsi à éviter les complications viscérales se produisant si fréquemment alors.

### Corps étranger extrait de la conjonctive

M. Lefort présente un corps étranger du volume d'une grosse lentille (0.40 centigrammes) qui restait inclus dans un repli de la conjonctive, au point de passer inaperçu. En burinant une pièce de fer, le malade avait reçu cet éclat de métal, logé dans la conjonctive sans amener aucune lésion de l'œil. Le corps étranger fut enlevé deux heures après l'accident et le malade guérit sans complications.

### Sarcomes secondaires des poumons et du cœur

M. Curtis présente deux pièces anatomo-patholo-



**M. Gaudier** appuie l'opinion de **M. Moty**. Il a constaté dans un cas analogue une élévation thermique très manifeste : 38° au niveau de la tumeur et 38°5, dans le rectum, cette hyperthémie locale était très probablement due à la grande vascularisation du tissu sarcomateux.

**M. Vanverts** a pu également constater l'élévation de température locale et générale chez un sarcomateux.

#### Rupture du cœur.

**M. Curtis** présente ensuite à la Société une pièce anatomopathologique très rare. Faisant l'autopsie d'un homme mort, à l'hôpital Saint-Sauveur, où il avait été apporté, dix jours auparavant, dans le coma, avec le diagnostic de ramollissement cérébral, il constata un ramollissement blanc des circonvolutions pariétale et frontale gauche ascendante et de la circonvolution de Broca; du côté gauche, un état athéromateux des artères cérébrales.

En enlevant le plastron costo-sternal, **M. Curtis** aperçut le péricarde très dilaté, l'incision du feuillet pariétal mit en évidence une grande quantité de caillots sanguins fibrineux, le péricarde avait pu contenir un litre de sang, les deux feuillets péricardiques étaient blancs, très épaissis, surtout le feuillet viscéral, décelant une ancienne péricardite. De plus, à la pointe, on trouvait une petite saillie mamelonnée, percée d'un orifice communiquant avec la cavité du ventricule gauche. Le myocarde avait subi une dégénérescence graisseuse très avancée. Les artères étaient athéromateuses comme celles de l'encéphale.

**M. Curtis** croit qu'au cours du ramollissement cérébral, par suite de quelques convulsions produisant l'augmentation de la pression sanguine dans le ventricule, le myocarde se sera rompu, amenant une hémorrhagie péricardique.

**M. Mariau** demande alors s'il n'y a pas dans la paroi du cœur de points faibles, et si à la pointe du cœur, par suite de l'entrecroisement des fibres, il n'y a pas là une prédisposition aux ruptures.

**M. Curtis** rappelle que dans les cas de rupture du cœur connus dans la science, l'effraction se fit soit à la pointe, soit au tiers inférieur dans le sillon interventriculaire; mais qu'ici il faut surtout y voir le résultat de la sclérose des coronaires et la dégénérescence graisseuse du myocarde.

**Kyste de la grande lèvre développée soit dans la glande vulvo-vaginale, soit aux dépens du canal de Nuck**

**M. Lambret** présente une tumeur enlevée dans la grande lèvre, du volume d'un œuf de poule, distendant la petite lèvre et venant atteindre le clitoris. Cette tumeur était séparée de l'orifice externe du canal inguinal par une distance de trois centimètres, mobile, non adhérente, ni à la peau, ni à la muqueuse. Il était impossible de dire si elle était développée aux dépens de la glande vulvo-vaginale ou du canal de Nuck. L'ablation fut facile. Un premier examen histologique ne permit pas de déceler la nature du kyste et **M. Curtis**, qui a déjà fait quelques coupes, ne peut encore se prononcer.

**M. Curtis** a vu dans les coupes par congélation une paroi fibrineuse externe bien constituée où l'on trouve des vestiges de glandes sébacées, puis une couche de petites cellules conjonctives en prolifération, formant un amas de granulations entourées de capillaires nombreux.

« En tout cas, dit-il, je ne crois pas que la tumeur se soit développée aux dépens ni de la glande de **BARTHOLIN**, car on aurait trouvé des diverticules dilatés, ni d'une glande sébacée. C'est soit une tumeur hémionique soit un hydrocèle enkysté du canal de **NUCK** ».

**M. Oui** fait remarquer qu'au point de vue clinique, il avait déjà écarté le kyste développé aux dépens de la glande vulvo-vaginale, car la tumeur ne s'enfonçait pas dans le vagin, comme le font les kystes de la glande de **BARTHOLIN**.

## VARIÉTÉS & ANECDOTES

### Les conseils d'Archimathée

D'excellents préceptes, une idée énorme de la dignité médicale, une exagération religieuse considérable due au XII<sup>e</sup> siècle, époque du plus bel épanouissement monacal du moyen-âge : voici, joints à un charlatanisme tout moderne, les principaux traits de l'œuvre d'Archimathée de Salerne, un des meilleurs commentateurs du vieil Hippocrate, dont le Dr Houssay donne les intéressants extraits suivants dans la *Gazette médicale du Centre*, unis à un profond savoir-faire, mêlé d'un peu de savoir-vivre, ce qui prouve le souci que les médecins de tous temps ont eu de la bonne éducation, pour l'élever ainsi à la hauteur d'une vertu médicale.

... Oyez plutôt :

« ... Médecins, si vous êtes appelés auprès d'un malade, placez-le sous la protection de Dieu et sous la garde de l'Ange



nages haut placés, d'avoir eu la langue trop longue ou d'avoir, par leurs écrits, leurs quatrains, pamphlets, etc., déplu aux plus puissants qu'eux. Tel fut le cas d'un certain chirurgien qui avait, au mépris de l'usage de ne jamais divulguer des secrets de femme, complaisamment lâché les rênes à son indiscretion, et répandu dans le public certaines choses concernant une grande dame qui avait eu besoin de son assistance. La dame en question était la reine de Navarre, femme du prince qui devint plus tard roi de France sous le nom de Henri IV; elle était elle-même bien plus rapprochée du trône que son auguste époux, et aurait certainement porté la couronne sans la loi salique. La princesse en question était une femme instruite, spirituelle, jolie par dessus le marché et possédant en particulier un bras si parfaitement modelé, que l'on disait couramment que le marquis de Canillac, sous la garde duquel elle avait vécu pendant quelque temps en qualité de prisonnière d'État, était tombé amoureux d'elle rien qu'à la vue de son bras. A ces avantages elle joignait un caractère gai, enjoué et coquet, qui la fit même passer, à un moment donné, pour s'être amourachée du grand duc de Guise, qui plus tard faillit s'emparer de la couronne. A côté de cela, elle avait un grand penchant pour les intrigues politiques. Pendant les guerres de la Ligue, se trouvant à Amiens, elle tenta de se rendre maîtresse de la place; mais le parti de l'opposition, ayant réussi à provoquer un soulèvement contre elle, la reine fut obligée de fuir, accompagnée de 80 gentilshommes et de 40 soldats environ. Sa fuite fut même tellement précipitée, qu'elle dut partir à dos de cheval, sans avoir même le temps de se procurer une selle de dame. Et, dans cette position, elle parcourut un grand nombre de lieues, derrière un gentilhomme, exposée continuellement au plus grand danger, étant donné qu'elle eut à traverser un corps d'arquebusiers, qui tuèrent plusieurs hommes de son escorte. Après avoir enfin atteint un lieu sûr, elle emprunta une chemise de l'une de ses servantes, puis continua son voyage jusqu'à la plus prochaine ville, qui était Usson en Auvergne. Elle put s'y remettre de ses transes. Les grandes fatigues qu'elle avait endurées lui donnèrent la fièvre pendant quelques jours et, outre cela, par suite du manque de confortable dans sa fuite précipitée, à cause de l'absence totale de selle ou même de coussinet, la partie charnue de son corps sur laquelle elle s'était assise avait été passablement endommagée. En conséquence, elle appela un chirurgien pour qu'il lui procurât quelque soulagement. Il fit si bien qu'en peu de jours la noble reine fut guérie. Jusque-là, le chirurgien méritait certainement de la reconnaissance de sa royale patiente. Mais comme, par la suite, il ne put retenir sa langue et qu'il se mit à plaisanter agréablement sur les charmes intimes de la reine, celle-ci se mit fort en colère contre lui et, en fin de compte, lui fit infliger cette magistrale correction que l'on sait : *elle lui fit donner les étrivières...*

Eh ! eh ! il ne faisait pas bon, en ce temps-là, violer le secret professionnel !  
(Chronique méd.).

### Procédé pour conserver la perméabilité des aiguilles à injection hypodermique.

Le Dr BELIN se sert dans ce but d'une très petite poire en feuille anglaise rouge dont la p... ment le diamètre de l'embout de minée, il adapte une petite poire pressions brusques suffisent à ch... la lumière de l'aiguille et dans en voyant sourdre une ou deux g... la pointe — il ne reste qu'à es... extérieure et l'aiguille se conserv

Depuis deux ans, M. BELIN a e... et malgré la multiplicité des in... liquides variés (la caféine par ex... tout autre médicament), il n'a jam... pour ce motif du moins.

A défaut de poire à injection, o... minuscules souffleries adaptées a... photographiques dits « détectiv... rigueur de souffler dans l'aiguill... n'est pas agréable de porter à sa... d'éther ou de galacol par exemple... procurer le petit outil recomman... tous les écrins à côté de la sering

(Revue illustr

## NOUVELLES & I

### UNIVERSITÉ

#### SOUTENANCE I

M. G. H. POULAIN, pharmacien (Ardennes), a soutenu avec suc... sa thèse de doctorat (5<sup>me</sup> série, ches sur le dosage de l'acide ni

M. B.-L.-C.-F. MARTIN, lice (Pas-de-Calais), a soutenu : 22 courant, sa thèse de doc intitulée : *Les phthisiques gras*

#### NÉCROL

Nous avons le regret d'annon... de MM. les docteurs BEAURAC, colonies, à Saigon; P. MASSO SAINT-LÔ, de la Haye-du-Puits Paris; AZAM, professeur honora de Bordeaux.

## BIBLIOGI

**L'Appendicite, Formes et** BROCA, professeur agrégé à la I... chirurgien de l'Hôpital Trousse 8 figures, cartonné (Actualités

Montrer qu'il y a des formes... quelles ne saurait convenir touj... rapéutique, voilà le but que se p



# L'ÉCHO MÉDICAL

## DU NORD

Paraissant à Lille le Dimanche Matin.

ABONNEMENT

5 fr. par an.

Un franc postal : 6 fr.

ABONNEMENT

pour les ÉTUDIANTS

3 fr. par an.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en Chef : **F. COMBEMALE**, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Lille.

**MM. Ausset**, professeur agrégé des maladies des enfants; **Barrois**, professeur de parasitologie à la Faculté; **Bédard**, professeur agrégé de physiologie; **Calmette**, professeur de bactériologie et thérapeutique expérimentale, directeur de l'Institut Pasteur; **Carrière**, professeur agrégé, chef du laboratoire des cliniques; **Cartier**, professeur agrégé, chargé de la clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté; **Charmell**, professeur de clinique dermatologique et syphili-graphique; **Curtis**, professeur d'anatomie pathologique et de pathologie générale.

**MM. Deléarde**, professeur agrégé, chef des travaux de bactériologie; **Dubar**, professeur de clinique chirurgicale; **Folet**, professeur de clinique chirurgicale; **Gaudier**, professeur agrégé; **Kéval**, directeur de l'Asile d'aliénés d'Armentières; **De Lapersonne**, professeur de clinique ophtalmologique; **Looten**, médecin des hôpitaux; **Manouvriez**, (de Valenciennes), membre correspondant de l'Académie de médecine; **Moty**, médecin principal, agrégé du Val-de-Grâce; **Oul**, professeur agrégé, chargé d'un cours d'accouchements; **Surmont**, professeur d'hygiène.

Secrétaires de la Rédaction : **MM. les Docteurs POTEL**, chef de clinique chirurgicale, et **INGELRANS**.

Rédaction et Administration (échanges, abonnements, annonces, etc.). 128, Boulevard de la Liberté, Lille.

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> janvier et continuent sauf avis contraire. — Chaque changement d'adresse : 50 centimes

**ABONNEMENTS.** — Nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous faire parvenir le montant de leur abonnement pour 1900, en un mandat ou bon de poste, adressé à M. le docteur **COMBEMALE**, rédacteur en chef, 128, boulevard de la Liberté. Passé le 15 janvier, nous ferons recouvrer par la poste, en y ajoutant 0 fr. 45 pour frais de recouvrement.

### SOMMAIRE :

**TRAVAUX ORIGINAUX :** Quelques considérations sur le traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule, par le docteur **J. Vanverts** — **NOUVELLES ET INFORMATIONS.** — **STATISTIQUE DE L'OFFICE SANITAIRE DE LILLE.** — **TABLE DES MATIÈRES POUR L'ANNÉE 1899.**

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Quelques considérations sur le traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule (1)

par le docteur **J. Vanverts**,  
ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

A propos de quatre observations de luxation sus-acromiale de la clavicule que j'ai pu suivre pendant plusieurs années, je me propose de vous présenter quelques considérations sur le traitement de cette affection.

Voici d'abord en quelques mots le résumé de ces diverses observations, qui concernent toutes des luxations incomplètes (2).

I. — Luxation datant de deux mois. — Troubles fonctionnels importants. Massage et mobilisation de l'épaule. Retour complet des mouvements.

(1) Communication à la Société centrale de médecine du Nord, séance du 24 novembre 1899.

(2) Ces observations paraîtront prochainement, *in extenso*, dans la thèse de **M. BOUCHET** (Paris, décembre 1899).

II. — Luxation datant de onze jours. — Application d'un appareil plâtré maintenant le bras en rotation externe, position qui déterminait la réduction presque complète de la luxation. Au moment de la suppression de l'appareil, qu'on avait laissé en place trois semaines, on constate que la luxation s'est reproduite. On supprime tout appareil et le fonctionnement du membre se rétablit rapidement.

III. — Luxation récente. — Suture, sans arthrodèse, par mon maître M. le Dr **ARROU**. La réduction persiste au moment de l'enlèvement des sutures cutanées; puis la luxation se reproduit, et la malade se sert imparfaitement de son membre et souffre encore de son épaule plus d'un an après l'accident.

IV. — Luxation récente. — Arthrodèse acromio-claviculaire. La réduction se maintient au moment de l'ablation des fils cutanés; puis la luxation se reproduit; le malade ne peut se servir de son membre pour porter des objets un peu lourds et continue à souffrir de son épaule.

Si je me contentais de l'examen de ces quatre faits pour décider le meilleur mode de traitement à opposer aux luxations sus-acromiales *incomplètes* de la clavicule, je serais nécessairement entraîné à rejeter absolument l'intervention comme funeste et à vanter les avantages de l'abstention et du massage. Mais il me semble plus logique de rapprocher de ces quatre faits personnels ceux qui ont été publiés par d'autres; car de ce rapprochement il sera possible de tirer quelques conclusions intéressantes.

Il est un premier point qu'il ne faut pas perdre de vue quand on se trouve en présence d'une luxation sus-acromiale de la clavicule; c'est que, abandonnée à elle-même, cette luxation ne laisse généralement après elle aucun trouble fonctionnel, sauf souvent une limitation de l'abduction, qui ne dépasse pas l'angle droit. Sans doute il y a des exceptions à cette règle, et dans quelques cas, ceux de **BRINDEL**, de **VALLAS**, de **PENNE**, par exemple, les malades





AGE DES PERSONNES DÉCÉDÉES A LILLE		Masculin	Féminin
0 à 3 mois . . . . .		11	10
3 mois à un an . . . . .		7	6
1 an à 2 ans . . . . .		2	7
2 à 5 ans . . . . .		3	5
5 à 10 ans . . . . .		1	1
10 à 20 ans . . . . .		1	1
20 à 40 ans . . . . .		7	11
40 à 60 ans . . . . .		16	11
60 à 80 ans . . . . .		21	18
80 ans et au-dessus . . . . .		6	4
Total . . . . .		75	74

CAUSES PRINCIPALES DE DÉCÈS	NAISSANCES par quartier	
	TOTAL des DÉCÈS	
Autres causes de décès	2	6
Homicide	»	14
Suicide	»	10
Accident	»	17
Autres tuberculeuses	»	4
Méningite tuberculeuse	»	21
Phtisie pulmonaire	1	16
Diarrhée et entérite	plus de 5 ans	8
	de 2 à 5 ans	28
	moins de 2 ans	12
Maladies organiques du cœur	»	8
Bronchite et pneumonie	2	3
Apoplexie cérébrale	7	5
Autres	3	6
Couqueuche	»	1
Grippe et diphtérie	»	2
Fièvre typhoïde	»	4
Scarlatine	»	1
Rougeole	»	3
Varicelle	»	1
	»	2
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»	1
	»</	

## UE DES MA

**Analyses.** VOUELLE. Etude ét  
mucomembrane

DROUINEAU. Le suc  
ports avec le tr

DURONT. Les lois d  
diabète sucré .

TORRIER. Asepsie op

*Anémie pernicleuse progressi*  
de l'estomac, par M. DES

*Angine à bacilles fusiformes*

*Ankylostomiasse et anémie des*

*Appendicite*, diagnostic d'avec  
par M. MASSEY. . . .

*Appendicite* (à propos d'un cas

*Appendicite*, son traitement ch

*Arthrite suppurée blennorrhéa*  
phalangienne du gros orte

*Arthropathie syringomycetique*

*Arthropathie symétrique des*  
du crâne, par M. POTEL.

**Association de la Presse mé**

**Association de prévoyance**  
**médecins du Nord .**

*Asystolie*, son traitement, par

ARNOULD et SURMONT. Souillure

AUSSET. Purpura fulminans che  
par la gastro-entérite

— Hémoptysie mortelle ch

— Alcoolisme aigu chez un

— Un cas d'ophtalmoplégie

— Enorme caverne pulmon.

— Convulsions chez les en

AUSSET et DERODE. Hémorrhagi  
chez un nouveau-né

AUSSET et BÉDARD. Périlonite ch  
succès par les rayo

**Bibliographie.** GAUTIER. For

LAVRAND. Man

PINARD. Cliniqu

ROQUE. Glycosi

ROGEZ. Introdu

BÉCLÈRE. Les

de la tube

Annuaire des e

RÉGNIER. Form

cien . .

LÉPINE. Le dia

VARNIER. La pi

trique jour

BRAQUENAYE. L

	Pages
<b>Bibliographie.</b> BROCA. L'appendicite, formes et traitement . . . . .	623
Bocquillon-Limousin. Formulaire des médicaments nouveaux pour 1900 . . . . .	612
BOMMIER. Un cas de rhumatisme cérébral . . . . .	200
BOURIEZ. Uréomètre clinique à indications directes . . . . .	561
BOURNOVILLE. (V. CARRIÈRE). . . . .	76
BROGNIAET. (V. INGELRANGS) . . . . .	78
<b>Bulletin memento des Sociétés savantes</b> . . . . .	9, 20, 31, 45, 55, 71, 80, 101, 116, 129, 141 150, 163, 178, 188, 201, 213, 226, 236, 248, 262, 271, 285, 297, 307, 321, 332, 355, 382, 394, 500, 514, 524, 536, 550, 562, 572, 597, 609, 619
BUTRUILLE. La course des cent heures . . . . .	270
<b>Cafféine</b> (Asphyxie locale des extrémités transitoires due à la —) par M. COMBEMALE. . . . .	356
<b>Caisse des pensions de retraite du corps médical français</b> . . . . .	203
<b>Cancer de l'estomac</b> , son ablation, par M. LAMBRET. . . . .	408
<b>Cancer de la tête du pancréas</b> , cholécysto-jéjunostomie, par M. DUBAR . . . . .	289
<b>Cancer mélanique</b> des ganglions de l'aîne, par MM. DUBAR et CARRIÈRE. . . . .	181
CARLIER. Valeur de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein . . . . .	253
CARRIÈRE. Les infections bronchiques aiguës . . . . .	61
CARRIÈRE et BOURNOVILLE. Recherches expérimentales sur les altérations du sang dans l'intoxication expérimentale par l'O <sub>2</sub> . . . . .	76
CARRIÈRE. Maladie de Wotilez et tuberculose pulmonaire . . . . .	133
— (V. DUBAR) . . . . .	181
— Composition chimique et histologique des épanchements pleurétiques séro-fibrineux . . . . .	257
— Oxydases indirectes dans les liquides normaux et pathologiques de l'homme . . . . .	280
— Traitement de l'épilepsie essentielle. . . . .	448, 481
— Coprostase et fièvre . . . . .	555, 570, 583
<b>Caverne pulmonaire</b> énorme chez un nourrisson de onze mois, par M. AUSSET . . . . .	284
<b>Cellules éosinophiles</b> , leur genèse dans l'intoxication expérimentale par l'acide carbonique, par M. CARRIÈRE . . . . .	76
<b>Chambre des députés:</b> Commission de l'enseignement. . . . .	275, 71
CHANCEL. Hémoglobulurie au cours d'un rhumatisme articulaire aigu . . . . .	260
CHARMIL. Insectes épizootiques et phthisie . . . . .	109
— La fréquence de la syphilis . . . . .	493
COLLE (I). Palpitations de l'aorte abdominale . . . . .	295
COLLE (P). Opération césarienne post-mortem chez une femme morte subitement au terme de sa grossesse. . . . .	313
COMBEMALE. L'heure du médicament. . . . .	1
— et HÉRIN. Phlébite prodromique d'un rhumatisme articulaire aigu . . . . .	138
— Maladie de Parkinson et épilepsie chez le même sujet: rapports des deux affections . . . . .	229
— et VASSE. Streptococcémie guérie par le sérum anti-streptococcique . . . . .	282
— Eruption scarlatiniforme due aux streptocoque et diplocoque associés . . . . .	334
— Asphyxie locale des extrémités transitoires due à la caféine . . . . .	354
— Rapport au congrès français de médecine comme secrétaire général . . . . .	369
— De la fluxion de poitrine . . . . .	433
— et MOUTON. Le sérum artificiel, moyen de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire . . . . .	523
— et OUI. La glycosurie alimentaire chez les femmes enceintes . . . . .	533
— Deux cas de contagion directe de la fièvre typhoïde . . . . .	601
<b>Comité central de vaccine</b> du département du Nord, récompenses. . . . .	347
— par M. OUI . . . . .	564
— par M. CARRIÈRE . . . . .	555, 570, 583
<b>Commission parlementaire d'hygiène publique</b> . . . . .	599
<b>Comptes rendus de la Société centrale de médecine du Nord</b> . . . . .	31, 56, 80, 129, 155, 189, 213, 236, 262, 286, 307, 332, 355, 500, 524, 550, 573, 599, 619

<b>Congrès divers.</b> Associé . . . . .	56
Assoc. . . . .	Assoc.
Assoc. . . . .	Assoc.
Assoc. . . . .	Assoc.
V <sup>e</sup> Col . . . . .	V <sup>e</sup> Col
III <sup>e</sup> C . . . . .	III <sup>e</sup> C
d' . . . . .	d'
X <sup>e</sup> Co . . . . .	X <sup>e</sup> Co
la . . . . .	la
XIII <sup>e</sup> . . . . .	XIII <sup>e</sup>
Congr . . . . .	Congr
Confé . . . . .	Confé
Congr . . . . .	Congr
n . . . . .	n
<b>Congrès français de</b> . . . . .	d'inauguration : dis
<b>Analyses des rapports :</b> . . . . .	
<b>Comptes-Rendus des fêtes</b> . . . . .	
<b>Convulsions chez les es</b> . . . . .	
<b>Coprostase et fièvre, par</b> . . . . .	
<b>Crénosote</b> (Empoisonnement) . . . . .	ROSENDALE.
<b>Cystocèle crurale, par</b> . . . . .	
<b>Cystite hémorragique</b> d'eau phéniquée, p . . . . .	
<b>Datura stramonium</b> (de M. TONDEUR. . . . .	
DECOOPMAN. — Adjonction . . . . .	lérance salivale
DELÉARDE. — Traitement . . . . .	Traitement
DERODE (V. AUSSET). . . . .	
DERODE. — Essai de l'eau . . . . .	
— et OUI. — Une . . . . .	albumineuses
DESOL. — Note sur un . . . . .	diagnostic d'avec le
— Varicelle et le . . . . .	
— De la contusion . . . . .	pleurésie phthisogène
<b>Dilatation digitale</b> externe . . . . .	VERTS.
<b>Distinctions honorifiques</b> . . . . .	119, 132, 2, 492, 515, 5
DOIZY. — Fracture de l'os . . . . .	
<b>Dons et Legs</b> . . . . .	
DRANSART. — Les médecins . . . . .	
DRUGBERT. — Péritonite . . . . .	(V. POTEL)
— Obstruction . . . . .	
DUBAR et POTEL. — Hémiparalysie au cours d . . . . .	
DUBAR et CARRIÈRE. — Ca . . . . .	
DUBAR. — Cholécysto-jéjunostomie . . . . .	
— et DURMONT. — dix-neuf mois . . . . .	
DUPRÉ. — La maladie hémiparalysique . . . . .	
DUVIVIER (V. RAVIART) . . . . .	
— Erythème polymorphe articulaire . . . . .	
<b>Eau oxygénée</b> , son usage . . . . .	
<b>Ecole d'Amiens :</b> Notes . . . . .	
<b>Ecole d'application de</b> . . . . .	

	Pages
Médecins, honoraires, responsabilité, vis-à-vis du médecin, de l'intermédiaire . . . . .	179
Rayons X et responsabilité professionnelle . . . . .	202
Exercice illégal de la médecine, à Lille . . . . .	167, 228
Assistance médicale gratuite : délivrance des médicaments par les médecins . . . . .	250
A qui le médecin peut-il réclamer le paiement de ses honoraires ? . . . . .	322
Le secret professionnel et l'obligation de témoigner en justice . . . . .	357
L'exercice de la médecine sous un pseudonyme . . . . .	394
Patente de médecins, clinique et maison de santé . . . . .	418
Exercice de la médecine par les étrangers . . . . .	430
Médecine et magnétisme . . . . .	441
Médecine et somnambulisme . . . . .	453
<b>Journaux</b> . . . . .	11
<b>KÉRAVAL.</b> Les folies maniaques . . . . .	157
— Le mécanisme des sentiments de l'homme . . . . .	517, 541
— Epilepsie méningitique chronique des adultes . . . . .	613
<b>LAMBRET.</b> Un nouveau traitement des ulcérations du col . . . . .	53
— La cystocèle crurale . . . . .	121
— L'abcès sous-lingual . . . . .	197
— Médication thyroïdienne dans les fractures . . . . .	277
— L'ablation du cancer de l'estomac . . . . .	409
— Varicocele et hypocondrie . . . . .	529
— Abscès du cerveau d'origine probablement traumatique . . . . .	606
<b>DE LAPERSONNE.</b> Névrites optiques liées aux sinusites sphénoïdales . . . . .	445
— Discours à la séance de rentrée de la Faculté de médecine . . . . .	563
<b>DE LAUWEREYNS DE ROOSBENDALE.</b> Empoisonnement par la créosote . . . . .	608
<b>Lavement salé.</b> Accidents généraux réflexes, par M. VERMERSCH . . . . .	246
<b>Leucémie,</b> par MM. POTEL et DROCHERT . . . . .	132
<b>Leucodermie,</b> par M. GROS . . . . .	349
<b>Luxation irréductible du coude, résection,</b> par M. MOTT . . . . .	568
<b>Luxation sus-acromiale de la clavicule, son traitement,</b> par M. VANVERTS . . . . .	625
<b>Maladie de Parkinson</b> et épilepsie chez le même sujet ; rapports des deux affections, par M. COMBEMALE . . . . .	229
<b>Maladie de Woille</b> et tuberculose pulmonaire, par M. CARRIERE . . . . .	133
<b>MARIAU.</b> Angine à bacilles fusiformes et spirilles . . . . .	44
— Sur le pronostic de l'épididymite blennorrhagique double au point de vue de la fécondité . . . . .	198
— A propos d'un cas d'appendicite . . . . .	337
<b>MARLIER (V. RAVIART).</b> . . . . .	196
<b>MASSET.</b> Phlegmon profond sous-pectoral après vaccination . . . . .	135
— A propos d'une observation la salpingite chez la . . . . .	
— Arthrite suppurée blenne . . . . .	
<b>Méningisme</b> au cours de la fièvre . . . . .	
<b>Mission Marchand</b> . . . . .	
<b>Monument PASTEUR :</b> Inauguration . . . . .	
— JEAN HUMEAU . . . . .	
— LARREY . . . . .	
<b>MOTT.</b> Névrite hystérotraumatique . . . . .	
— Note sur les hémorroïdes . . . . .	
— Luxation irréductible du coude . . . . .	
— Traitement chirurgical de la . . . . .	
<b>Mouchetures</b> chez les hydropiques . . . . .	
<b>MOUTON.</b> Zona et tuberculose . . . . .	
— (V. COMBEMALE) . . . . .	
<b>Nécrologie :</b> professeur LOTAR . . . . .	
24, 35, 48, 60, 84, 108, . . . . .	
216, 228, 240, 252, 276, . . . . .	
384, 408, 432, 414, 456, . . . . .	
588, 600, 611, 621. . . . .	
<b>Névrites optiques</b> liées aux sinusites . . . . .	
SONNE . . . . .	

	Pages
<i>Névrite périphérique</i> d'origine alcoolique, par M. INGELRANS . . . . .	174
<i>Nicolas de la Framboisière</i> et la médecine il y a trois siècles, par M. POTEL . . . . .	415, 451, 490
<b>Nominations diverses</b> . . . . .	35
<i>Obstruction intestinale</i> par cancer de l'intestin, par M. DRUCBERT . . . . .	616
<i>Omoplate</i> (Fracture de l'—), par Doizy . . . . .	139
<i>Operation césarienne</i> post-mortem sur une femme morte subitement au terme de sa grossesse, par M. P. COLLE . . . . .	313
<i>Ophthalmoplégie nucléaire progressive</i> , par M. AUSSET . . . . .	245
OUI. Les accidents gravido-cardiaques et leur traitement . . . . .	13
— (V. DEROIDE) . . . . .	162
— (V. COMBEMALE) . . . . .	533
— La constipation et la fièvre pendant les suites de couches . . . . .	553
— Deux cas de stercorémie pendant les suites de couches . . . . .	314
<b>Ouvrages déposés</b> au bureau du journal, 312, 324, 336, 360, 516, 528, 552, 576, 588, 611, 624	
<i>Oxydases indirecte</i> dans les liquides normaux et pathologiques de l'homme, par M. CARRIÈRE . . . . .	290
<i>Palpitations de l'aorte</i> abdominale, par M. J. COLLE . . . . .	295
<i>Paralysie spinale antérieure</i> de l'adulte, par M. INGELRANS . . . . .	235
<i>Parasitisme et pseudo-parasitisme</i> chez l'homme, par M. VERDUN . . . . .	330
<i>Péricardite aiguë</i> (Traitement de la —), par M. DELÉARDE . . . . .	25, 73
<i>Péritonite tuberculeuse</i> à forme ascitique : laparotomie, par M. DRUCBERT . . . . .	18
<i>Péritonite chronique tuberculeuse</i> traitée avec succès par les rayons X, par MM. AUSSET et BÉDART . . . . .	604
<i>Peste</i> dans les laboratoires . . . . .	46
Conférence de M. CALMETTE . . . . .	600
<i>Pleurésie phthisiogène</i> (Contusion thoracique dans ses rapports avec la —), par M. DESOIL . . . . .	469
POTEL (V. DUBAR) . . . . .	43
— Cystite hémorrhagique consécutive à une injection accidentelle d'eau phéniquée . . . . .	259
— <i>Nicolas de la Framboisière</i> et la médecine il y a trois siècles . . . . .	415, 451, 490
— Arthropathie symétrique des coudes consécutive à une fracture du crâne . . . . .	439
— et DRUCBERT. Sur un cas de leucémie . . . . .	532
— Note sur le pronostic des tumeurs myxomateuses des membres . . . . .	582
<i>Purpura fulminans</i> chez un enfant de 18 mois, cachectisé par la gastroentérite chronique, par M. AUSSET . . . . .	41
RAVIART et MARLIER. — Emphysème sous-cutané dû à une perforation du larynx chez un tuberculeux . . . . .	186
— et DUVIVIER. — Sur un cas de respiration de Cheyne-Stokes . . . . .	291
<i>Respiration de Cheyne-Stokes</i> , par MM. RAVIART et DUVIVIER . . . . .	291
<i>Rétentions placentaires</i> (du curettage dans les —), par M. VAMVERTS . . . . .	37
<i>Rétrécissement mitral</i> pur et cure d'air, par M. SURMONT . . . . .	577
<i>Rhumatisme cérébral</i> , par M. BOMMIER . . . . .	200
<i>Rhumatisme articulaire aigu</i> (phlébite prodromique d'un —), par MM. COMBEMALE et HÉRIN . . . . .	138
— (hémoglobininurie au cours d'un —), par M. CHANCEL . . . . .	260
— (érythème polymorphe au cours d'un —), par M. DUVIVIER . . . . .	320
<i>Rougeole</i> (Étiologie et prophylaxie de la —), par M. SURMONT . . . . .	206
RUTSEN. — Comment on doit administrer l'huile de foie de morue . . . . .	317
SABOURAUD. — Teignes et pelades . . . . .	225
<i>Sarcome de la loge amygdalienne</i> simulant un phlegmon, par M. GAUDIER . . . . .	459
<i>Sentiments de l'homme</i> , leur mécanisme, par M. KÉRAVAL . . . . .	517, 541
<i>Sérum antistreptococcique</i> (streptococcémie guérie par le —), par MM. COMBEMALE et VRASSE . . . . .	282
<i>Sérum artificiel</i> , moyen de diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, par MM. COMBEMALE et MOUTON . . . . .	523

	Pages
<b>Sociétés savantes</b> . . . . .	48, 107
Académie des Sciences . . . . .	84, 119
Société de pédiatrie . . . . .	106, 119
Société de neurologie . . . . .	310
<b>Société protectrice de l'enfance</b> . . . . .	119
<i>Souillures et microbes du sol</i> , par MM. ARNOULD et SURMONT . . . . .	421
<b>Statistique de l'Office sanitaire de Lille</b> . 12, 24, 36, 48, 60, 72, 84, 108, 120, 132, 144, 168, 180, 192, 204, 216, 228, 240, 252, 264, 276, 288, 300, 312, 324, 336, 348, 360, 372, 384, 396, 408, 420, 432, 444, 456, 468, 480, 492, 504, 516, 528, 540, 564, 576, 588, 600, 612, 624, 627.	
<i>Sulfate de quinine</i> contre l'intolérance salicylée, par M. DECOOPMAN . . . . .	100
<i>Stercorémie</i> durant les suites de couches, par M. OUI . . . . .	344
SURMONT. A propos des nouvelles allumettes . . . . .	49
— Étiologie et prophylaxie de la rougeole . . . . .	205
— Les mouchetures chez les hydropiques . . . . .	384
— (V. ARNOULD) . . . . .	421
— (V. DUBAR) . . . . .	565
— Rétrécissement mitral pur et cure d'air . . . . .	577
<b>Syndicat de Lille</b> . . . . .	11, 71, 192, 611
<i>Syphilis</i> , sa fréquence, par M. CHARMEIL . . . . .	493
<i>Teignes et pelades</i> , par M. SABOURAUD . . . . .	320
<i>Thyroïdine</i> (Pseudarthrose, deambulation —), par M. FOLET . . . . .	55
— dans les fractures, par M. LAMBRET . . . . .	277
TONDEUR. Deux cas d'empoisonnement par le datura stramonium . . . . .	534
<i>Tuberculose aiguë de l'oreille moyenne</i> , par M. GAUDIER . . . . .	461
<i>Tumeurs malignes du rein</i> (valeur de l'intervention chirurgicale dans les —), par M. CARLIER . . . . .	353
<i>Tumeurs myxomateuses</i> des membres, leur pronostic, par M. POTEL . . . . .	582
<i>Ulcérations du col</i> (Nouveau traitement des —), par M. LAMBRET . . . . .	55
<b>Université de Lille</b> : Nominations à des emplois universitaires : 35, 287, 314, 456, 467, 479, 563	
Nominations non-universitaires . . . . .	11, 48, 587
— à des Sociétés savantes . . . . .	10, 35, 180, 216
— dans les hôpitaux . . . . .	11
— dans le corps de santé militaire (service actif) 11, 23, 35, 59, 83, 144, 180, 251, 288, 299, 492, 503, 528, 563, 611	
Nominations dans la réserve et la territoriale . . . . .	11, 83, 144, 275, 347, 420, 501, 599
Cours libres . . . . .	11, 107
Association amicale des internes des hôpitaux de Lille . . . . .	396, 480, 527, 538, 587
Promotions . . . . .	23, 35, 275, 563
Prix . . . . .	23, 72, 84, 144, 599, 611
Statistiques . . . . .	23
Dotations spéciales . . . . .	72, 107
Distinctions honorifiques . . . . .	72, 119, 191, 203, 299, 347, 513, 563
Elections . . . . .	83
Congès . . . . .	83, 107, 143, 275, 599
Soutenances de thèses . . . . .	84, 119, 156, 192, 203, 216, 228, 251, 275, 288, 299, 347, 359, 528, 587, 599, 623
Modifications aux examens . . . . .	107
Mutations dans les asiles d'aliénés . . . . .	119, 132, 300, 611
Ecole de santé militaire . . . . .	119, 167, 251, 311, 492
Concours pour l'internat en pharmacie . . . . .	132
— en médecine . . . . .	467, 479, 537
— pour l'externat . . . . .	562
Programme et tableau des heures des cours et exercices pratiques . . . . .	190, 442, 551
Statut de l'agrégation en médecine . . . . .	190
Ecole de médecine navale . . . . .	251, 527
Doctorat en pharmacie . . . . .	311, 396
Décret concernant le doctorat en médecine . . . . .	419
Concours pour les bourses . . . . .	492
— l'adjuvat d'anatomie . . . . .	538
Rentrée solennelle de la Faculté . . . . .	551, 563



sur la

edelle-

u d'été

Brime

revoir

Les autres

actuelles

l'histoire

La science

et la vie

22

CLIP



118 884

COUNTWAY LIBRARY



HC 4EAN .



